



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – UFBA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA - IPS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - PPGPI

SANDRA REGINA MENDONÇA LEMOS

**Construção de Sentidos de Prostitutas sobre o Direito à Saúde Integral e o
Acesso aos Serviços nas Unidades do Sistema Único de Saúde - SUS**

Salvador

2023



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – UFBA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA - IPS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - PPGPSI

SANDRA REGINA MENDONÇA LEMOS

Construção de Sentidos de Prostitutas sobre o Direito à Saúde Integral e o Acesso aos Serviços nas Unidades do Sistema Único de Saúde – SUS

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia.

Área de Concentração: Cognição Social e Dinâmicas Interacionais.

Orientadora: Professora Dra. Mônica Lima de Jesus.

Salvador – Bahia

2023

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA), com os dados fornecidos pelo (a) autor(a)

L557 Lemos, Sandra Regina Mendonça
Construção de sentidos de prostitutas sobre o direito à saúde e o acesso aos serviços nas unidades do Sistema Único de Saúde – SUS / Sandra Regina Mendonça Lemos, 2023.
114 f.: il.

Orientadora: Pro^a. Dr^a. Mônica Lima de Jesus
Tese (doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2023.

1. Prostituição. 2. Acesso aos serviços de saúde. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil).
I. Jesus, Mônica Lima de. II. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Psicologia.
III. Título.

CDD: 150



ATA DA DEFESA PÚBLICA DA TESE DE DOUTORADO
DE SANDRA REGINA MENDONÇA LEMOS, NO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA.

Aos catorze dias do mês de dezembro do ano de 2023, às 14:00 horas, reuniu-se, via webconferência, a Comissão Examinadora, composta por: Profa. Dra. Mônica Lima de Jesus (UFBA/Orientadora), Profa. Dra. Jacqueline Espinoza Ibacache (PUCV), Profa. Dra. Josimara Aparecida Delgado Baour (UFBA), Profa. Dra. Maria Auxiliadora Teixeira Ribeiro (UFAL) e Profa. Dra. Suely Aires Pontes (UFBA) para examinar o trabalho “CONSTRUÇÃO DE SENTIDOS DE PROSTITUTAS SOBRE O DIREITO A SAÚDE INTEGRAL E O ACESSO AOS SERVIÇOS NAS UNIDADES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS”.

Após a exposição oral da candidata, as examinadoras apresentaram seus pareceres, anexos a esta ata, que foram seguidos pela réplica da doutoranda. Findas a exposição oral e apresentação dos pareceres, a comissão julgadora reuniu-se reservadamente, chegando ao parecer final, abaixo apresentado:

- (x) Aprovada
- () Reprovada
- () Parecer final condicionado a reformulações a serem apresentadas no prazo máximo de 60 (sessenta) dias

Salvador, 14 de dezembro de 2023.

Dou fé.



Documento assinado digitalmente

MONICA LIMA DE JESUS

Data: 18/12/2023 08:44:53-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Mônica Lima de Jesus

DEDICATÓRIA

Dedico esta Tese aos **Meus Pais:** Hildebrando de Lemos – Dió (*in memoriam*) e Josefa Mendonça Lemos (*in memoriam*) que lapidaram o meu caráter, e mesmo possuindo grau elementar de escolaridade, priorizaram o **ESTUDO**, incentivando-me com tamanha Sabedoria que **EU PODERIA IR ONDE EU QUISESSE**. E eu, já estou por aqui!

Obrigada por tudo e por tanto.

Amo Vocês Eternamente!

À Maria Júlia: [...] “Se eu não te amasse tanto assim Talvez não visse flores Por onde eu vim
Dentro do meu coração...” [...] Herbert Vianna e Paulo Sérgio Valle.
A sua chegada foi e continua sendo, sem dúvidas, o meu **MAIOR e MELHOR PRESENTE**. Seus
passos firmes, **Nossa Cumplicidade** e o **Nosso Amor** aliviam demais as possíveis dores da
caminhada. E é **POR VOCÊ** e **PARA VOCÊ** que estou sempre a seguir...
Amo-te.
Gratidão a Deus por esta escolha!

Para todas as **PROSTITUTAS**: a que **vive em mim**, a que **está em você**, mas especialmente às **“PEDRAS PRECIOSAS”** deste estudo, que com **Determinação e Presteza**, além de participarem das minhas andanças, **lutam** cotidianamente por **Cidadania e Respeito**, instrumentalizando-me a **RESSIGNIFICAR** uma série de conceitos.

AGRADECIMENTOS

Ao meu **Deus**, toda honra e toda Glória! “Eu navegarei no oceano do Espírito, E ali adorarei ao Deus do meu amor, Eu adorarei ao Deus da minha vida, Que me compreendeu sem nenhuma explicação, Espírito, Espírito que desce como fogo, Vem como em Pentecostes e enche-me de novo [...]” (Ana Paula de Araújo e Aderaldo Nogueira).

Aos meus **Guias Espirituais**, que iluminam a minha caminhada.

À minha amada família: **Meus Pais** (*in memoriam*). **É tanta Saudade...**

“[...] Quando bater a saudade Olhe aqui pra cima Sabe lá no céu aquela estrelinha Que eu muitas vezes mostrei pra você Hoje é minha morada A minha casinha Mesmo que de longe tão pequenininha Ela brilha mais toda vez que te vê [...]” (Luigi, Leandro/Lucas Carvalho e Gabriel Rocha).

Às minhas **Irmãs, Mulheres Fortes** que alimentam a minha vida com muita **Confiança** e **Amor**: Anália (**Ninha**), Francisca (**Titita**), Marlí (**Marlizinha**) e Marilene (**Ene**).

Aos meus **Irmãos**, exemplos de **Inspiração** e **Sabedoria**: **Moacir** (*in memoriam*), Valdebrando (**Bão**), **Nelvi** (*in memoriam*), Eduardo (**Dú** – *in memoriam*) e **Marcos**.

Vocês, todas e todos, são esteios do meu viver, sinceramente: eu não chegaria até aqui, e não seria nada, sem vocês! E, para os que partiram, a certeza de ter deixado entranhado no meu ser a concepção real do que é **Amor e Família**. “[...] Amigos para sempre é o que nós iremos ser Na primavera ou em qualquer das estações Nas horas tristes, nos momentos de prazer Amigos para sempre [...]” (Elizabeth Lacerda).

Às extensões das minhas irmãs e irmãos: minhas **Filhas** e **Filho** do coração, **Sobrinhas** e **Sobrinhos**; **Cunhadas** e **Cunhados**; **Afilhadas**; impossível nominar. **Gratidão por tanto Afeto!**

A **Reinaldinho** (*in memoriam*): **São Tantas Emoções!**

“Olho para o céu Tantas estrelas dizendo da imensidão Do universo em nós A força desse amor Nos invadiu... Com ela veio a paz, toda beleza de sentir Que para sempre uma estrela vai dizer Simplesmente Amo Você [...]”

Literalmente: [...] “Nós somos Rainha e Rei” [...] (Flávio Venturini).

A João Vítor (**Jimmy**) pela **Constância** e **Leveza**.

A Valdirene (**Val**) pela **Presença**.

A Maria Vitória Cunha Freitas (**Vitorinha**): minha amiga/irmã, obrigada por fazer parte da minha vida com **Tamanha Dedicção!**

À minha orientadora Professora Dra. Mônica Lima de Jesus (**Molije**) que, com muita sutileza, sempre diz que somos, todas e todos, seus “Desorientandos”. Que nada! Você não faz ideia da capacidade que tens em nos tornar pessoas melhores, compartilhando seu arsenal de conhecimentos: “inigualável”. E com a sua maneira simples de ser, além de amenizar tantos momentos difíceis, incentivou-me a desbravar caminhos imagináveis, com a certeza de sempre aprender algo novo. **Você é muito especial! The Best!** Deus me livre de te perder!

Às professoras da banca do Exame de Qualificação: Dra. **Josemara Delgado** e Dra. **Maria Auxiliadora Ribeiro**, pelas potenciais contribuições e ajustes pertinentes para a formatação final desta Tese.

Às **amigas e aos amigos** do Grupo de Pesquisa do Laboratório Estudos sobre Vínculos e Saúde Mental (**LEV**), por todos os encontros e trocas realizadas; vocês foram **Essenciais**, levarei cada um(a) para sempre no meu coração!

A **Kaliana Ramos e Lara Pinheiro** que com traços firmes, e ao mesmo tempo delicados, tiveram sensibilidade e perspicácia para responderem às minhas solicitações angustiantes, que nos presentearam com as perfeitas ilustrações que estão no corpo deste estudo.

Aos docentes e demais funcionárias(os) do PÓS-PSI.

À equipe do **SAE São Francisco**, em especial a **Carlos de Jesus e Lenon**, pela Disponibilidade e Parceria. Nossa... Vocês me auxiliaram muito!

Às minhas eternas **alunas e alunos** da Graduação, meu maior Incentivo.

Para finalizar, às minhas **amigas e amigos** que acreditam no meu potencial. São tantas e tantos que emanam energias positivas e vibram com as minhas conquistas, difícil elencar.

“Amigo é coisa para se guardar No lado esquerdo do peito...” - Milton Nascimento.

**IMENSA GRATIDÃO! A TODAS E TODOS, POR ESTAREM, A CADA INSTANTE,
CELEBRANDO AS MINHAS VITÓRIAS!**

MENDONÇA, Sandra. Construção de Sentidos de Prostitutas sobre o Direito à Saúde Integral e o Acesso aos Serviços nas Unidades do Sistema Único de Saúde – SUS. Tese de Doutorado - Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2023.

RESUMO

Esta tese abrange os sentidos produzidos por prostitutas sobre o direito à saúde integral e o acesso às Unidades do Sistema Único de Saúde– SUS. A perspectiva utilizada é da Psicologia Social, com base construcionista, com a finalidade de analisar o processo de estigmatização vivido por essas mulheres no seu cotidiano, considerando pertencimentos de gênero, classe social, raça/cor, bem como identificando as estratégias utilizadas para o acesso às unidades de saúde do SUS. A tese está organizada em sete partes. No primeiro momento, descrevo a minha trajetória profissional que, de certo modo, justifica o interesse pelo estudo. Na primeira parte, a Introdução, discuto sobre prostituição e a invisibilidade dessas mulheres para acesso ao SUS; na segunda parte, realizo a Revisão de Literatura onde estão organizados os fundamentos teóricos e epistemológicos sobre a temática pesquisada; na terceira parte, explico os Objetivos do estudo; o Referencial Teórico localiza-se na quarta parte, dedicado à articulação da perspectiva construcionista e os desdobramentos na psicologia social, com ênfase na prostituição e suas interfaces; na quinta parte, descrevo os Procedimentos Metodológicos. Trata-se de uma pesquisa exploratória, do tipo qualitativa, na qual foram entrevistadas sete prostitutas no Centro Histórico de Salvador. A Análise das Informações é tratada na sexta parte. As transcrições das entrevistas descortinam os sentidos produzidos por essas mulheres sobre o acesso aos serviços de saúde, como também as estratégias estabelecidas por elas para operacionalização básica deste acesso. Por fim, a sétima parte, com Algumas Considerações, destacando a necessidade de trabalhar as práticas de cuidado a partir da singularidade das mulheres prostitutas, tendo como fundamento o respeito à vida e as diferenças, reduzindo as dificuldades, ampliando o acesso, e permitindo que essas mulheres tenham seus direitos garantidos, suas necessidades atendidas, livres de qualquer tipo de preconceito e/ou discriminação.

Palavras-chave: Prostituição; Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde.

MENDONÇA, Sandra. Sense construction of prostitutes about the right to integral healthcare and the access to the Health Unit System – SUS. Phd Thesis – Institute of Psychology, Federal University of Bahia, Salvador, 2023.

ABSTRACT

This thesis comprehends the sense construction of prostitutes about the right to integral healthcare and the access to units of Health Unit System – SUS. The perspective used in this thesis is the social psychology based on constructionist. It has the purpose to analyse the stigmatization process lived by these women everyday, considering gender, social class, race, as well as identifying the strategies used to access SUS health units. In the first moment, I describe my professional trajectory, that is justified by my interest in the study. In the first part, the introduction, I argue about prostitution and the invisibility lived by this woman to access SUS. I do the literature review at the second part, where theoretical and epistemological foundation are organized. In the third part, I explain the study objects, as well as the theoretical reference based in the fourth part where are the discussion about the constructionist and social Psychology perspectives with an emphasis on prostitution and its interfaces. This is an exploratory, qualitative research which seven prostitutes were interviewed in historical center of Salvador. The analysis of information is focused in the sixth part. The interview transcriptions uncover the sense about the access to healthcare systems produced by these women. As well as the established strategies for basic operationalization of this access. In the seventh part, it is some considerations that highlight the need for thinking about care practices considering prostitutes' subjectivities. It has as foundation the respect for differences in life, reducing the difficulties, increasing access and allowing the guarantee of her rights, free from any type of prejudice and/or discrimination.

Keywords: Prostitution; Health; Access aos Serviços de Saúde.

MENDONÇA, Sandra. Construcción de significados de las prostitutas sobre el derecho a la salud integral y el acceso a los servicios en unidades del Sistema Único de Salud – SUS. Tesis Doctoral - Instituto de Psicología, Universidad Federal de Bahía, Salvador, 2023.

RESUMEN

Esta tesis abarca los sentidos producidos por prostitutas sobre el derecho a la salud integral y el acceso a las Unidades del Sistema Único de Salud-SUS. La perspectiva utilizada es de la Psicología Social, de base construccionista, con la finalidad de analizar el proceso de estigmatización vivido por esas mujeres en su cotidianidad, considerando su pertenencia de género, clase social y raza/color, así como la identificación de las estrategias utilizadas para el acceso a las unidades de salud del SUS. La tesis está organizada en siete (7) partes. En el primer momento describo mi trayectoria profesional que, de cierto modo, justifica el interés por el estudio. En la primera parte de la Introducción, discuto sobre prostitución e invisibilidad de esas mujeres para el acceso al SUS; en la segunda parte, realizo la Revisión de Literatura donde están organizados los fundamentos teóricos y epistemológicos sobre la temática pesquisada; en la tercera parte explico los Objetivos del estudio; el Referencial Teórico se ubica en la cuarta parte, dedicado a la articulación de la perspectiva construccionista y a los desarrollos en la psicología social, con énfasis en la prostitución y sus interfaces; en la quinta parte describo los Procedimientos Metodológicos. Se trata de una pesquisa exploratoria, de tipo cualitativa, en la cual fueron entrevistadas siete prostitutas del Centro Histórico de Salvador. El Análisis de las Informaciones es tratado en la sexta parte. Las transcripciones de las entrevistas develan los sentidos producidos por esas mujeres sobre el acceso a los servicios de salud, así como también las estrategias establecidas por ellas para la operacionalización básica de este acceso. Finalmente, la séptima con Algunas Consideraciones, destacando la necesidad de trabajar las prácticas de cuidado a partir de la singularidad de las mujeres prostitutas, teniendo como fundamento el respeto a la vida y a las diferencias, reduciendo las dificultades, ampliando el acceso, y permitiendo que esas mujeres tengan sus derechos garantizados, sus necesidades atendidas, libre de cualquier tipo de prejuicio y discriminación.

Palabras clave: Prostitución, Salud, Acceso a los servicios de Salud.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estudos da Revisão de Literatura	30
Quadro 2 - Características sócio-demográficas e marcadores sociais das entrevistadas	70
Quadro 3 - Caracterização do perfil das entrevistadas	69
Quadro 4 - Descrições das categorias produzidas na análise das entrevistas com prostitutas	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids.

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida.

APROSBA - Associação das Prostitutas da Bahia.

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas

CBO - Classificação Brasileira de Ocupações.

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa.

CETAD - Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas.

CF/88 - Constituição Brasileira de 1988.

CNS - Conselho Nacional de Saúde.

CUT/BA - Central Única dos Trabalhadores-Bahia.

DSCH - Distrito Sanitário Centro Histórico.

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis.

EJA - Educação de Jovens e Adultos.

GAPA/BA - Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS da Bahia.

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana.

HV - Hepatites Virais.

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis.

MET - Ministério do Trabalho e Emprego.

OMS - Organização Mundial da Saúde.

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral de Saúde das Mulheres.

PPGSAT - Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho.

PRD - Programa de Redução de Danos.

REDA - Regime Especial de Direito Administrativo.

SAESF - Serviço de Atenção Especializada São Francisco.

SMS - Secretaria Municipal de Saúde.

SUS - Sistema Único de Saúde.

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

UBS - Unidade Básica de Saúde.

UFBA - Universidade Federal da Bahia.

USAT - Unidade de Saúde do Trabalhador.

SUMÁRIO

INTERESSE PELO ESTUDO.....	18
APRESENTAÇÃO	22
PARTE I: INTRODUÇÃO.....	25
PARTE II: REVISÃO DE LITERATURA	28
RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	30
PREVENÇÃO E CUIDADO ÀS IST/AIDS	40
PREVENÇÃO E CUIDADO EM RELAÇÃO À GÊNERO, PROSTITUIÇÃO E TRABALHO	42
PROSTITUIÇÃO E TRAJETÓRIA POLÍTICA.....	44
PREVENÇÃO E CUIDADO EM RELAÇÃO À SAÚDE INTEGRAL	47
PARTE III: OBJETIVOS	52
OBJETIVO GERAL	52
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	52
PARTE IV: REFERENCIAL TEÓRICO.....	54
PROSTITUIÇÃO E SUAS INTERFACES	56
INTERSECCIONALIDADE	59
PARTE V: PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	64
DELINEAMENTO DA PESQUISA	64
ENTREVISTAS	65
ASPECTOS ÉTICOS.....	65
PARTICIPANTES	65
PARTE VI: ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES.....	68
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	68
SAÚDE E PROSTITUIÇÃO	71
ACESSO A SAÚDE	72
SAÚDE, PROSTITUIÇÃO E TRABALHO	80
VIOLÊNCIA E PROSTITUIÇÃO.....	85
USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	88
PROSTITUIÇÃO E COVID-19.....	90
PARTE VII: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES.....	96
REFERÊNCIAS	
APÊNDICES E ANEXOS.....	107



“O mundo não é feito de vítimas. Todo mundo negocia. Alguns negociam bem, outros mal. Mas cada um sabe o mínimo que seja quanto vale aquilo que quer. E sabe até onde vai para conseguir o que quer. Com a prostituta não é diferente. Como fantasia, o desejo de ser puta acompanha todas as mulheres, na cama, ou na imaginação. Mas como profissão é outra coisa. O que a puta tem que as outras mulheres não têm? Nada. O que as outras mulheres têm que a puta não tem? Nada”. Gabriela Leite (2009, p. 190).

INTERESSE PELO ESTUDO

O presente estudo é produto da escuta de prostitutas por uma mulher, cis, branca e pesquisadora. Sou Sandra, nona filha de um comerciante, e uma “dona de casa”, Assistente Social de formação, graduada em 1985 pela Universidade Católica do Salvador (UCSAL); Especialista em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão e Saúde (ISC/UFBA); Gestora em Saúde Pública (FECAP); Especialista em Pesquisa e Comunicação na Área Social (UCSAL). Meus pais, na medida em que vislumbravam um futuro promissor para suas filhas e filhos, defendiam o **estudo** como a única ferramenta capaz de transformar as nossas vidas. Além de alimentar o processo de aprendizagem da família com a concepção de que nós poderíamos ir aonde quiséssemos, com o simples jargão: “Querer é Poder!”

Atravesso o caminho da educação convencida de que a leitura me transforma, a todo instante, em uma pessoa crítica e reflexiva capaz de contribuir para a transformação social. Assim, a escolha de escutar prostitutas e os sentidos construídos sobre o direito à saúde integral e o acesso às Unidades do Sistema Único de Saúde – SUS é uma proposta instigante e desafiadora. Surge primeiro pelo fato das prostitutas colocarem a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, e segundo pela ausência de políticas que focalizem de forma diferenciada suas necessidades. Além de entender que a sexualidade deve ser inserida no registro dos direitos humanos, engendrada na discussão do que ela representa para as prostitutas, em termos de corpo, prazer, desejos, práticas sexuais, das relações estabelecidas no dia a dia, e como estas relações possibilitam que se constituam como sujeitos sociais.

Destacarei algumas circunstâncias da minha trajetória profissional, que descreve aproximação e acompanhamento a grupos de mulheres prostitutas. Em 1993, quando trabalhava na Secretaria de Saúde de Camaçari, na Unidade de Saúde do Trabalhador – USAT, inúmeras vezes, acolhia, atendia e encaminhava essas mulheres aos recursos da comunidade, inclusive aos serviços do SUS daquele município, percebendo-as como “trabalhadoras do sexo”. Também em 1993, trabalhando no Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS - GAPA-BA, tinha contato com algumas prostitutas que buscavam a instituição para diversos atendimentos, mesmo fazendo parte de outro programa: AIDS e Sindicatos. Em 1994, ingressei no Serviço Público na cidade de Salvador, através da Secretaria Municipal de Saúde ficando à disposição, atuando na cooperação técnica no Centro de Estudos de Terapia do Abuso de Drogas _ CETAD/UFBA, desenvolvendo atividades no Programa “Brasil, Troca de Seringas”, que posteriormente se transformou no Programa Redução de Danos _ PRD. Neste serviço, também houve aproximações com as prostitutas, considerando que muitas dessas mulheres, naquele momento, faziam uso de substâncias psicoativas, principalmente as injetáveis, participando do PRD tanto como usuárias do programa quanto integrantes da formação de multiplicadoras de informações.

Entre 1994 a 1996, desenvolvi atividades de assessoria à Secretaria de Políticas Sociais da Central Única dos Trabalhadores - CUT-BA, o que também contribuiu para o estabelecimento de

“vínculos” com as prostitutas e discussões sobre Prostituição/Trabalho e temas correlatos que aconteciam nas reuniões da comissão de saúde da Central. Na década de noventa, persistia a ideia de que as prostitutas eram pessoas em potencial para adquirirem Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST/AIDS, daí o incremento de ações de prevenção nessa área da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador - SMS.

Naquele tempo, algumas questões surgiam e alimentavam o meu ser de questionadora nata: o porquê de todos os locais em que eu trabalhava na área da saúde pública, em quase dez anos de experiência profissional, havia sempre interações com mulheres prostitutas. Como sou uma mulher de fé, me perguntava: seria da vontade de Deus trabalhar com essas pessoas? Ou, uma missão que pudesse contribuir de maneira significativa para a minha, e a vida de cada uma delas? Então comecei a compreender que nada acontece por acaso e que independentemente das razões pelas quais estava sempre a trabalhar com essa população, tinha clareza que deveria fornecer atendimento de qualidade na busca da efetivação do direito à saúde.

Sigo o percurso e, em 1996, quando inaugurado o Centro de Saúde São Francisco, hoje Serviço de Atenção Especializada – SAE São Francisco - SAESF, assumi a gerência da Unidade, que mesmo com tipologia de Unidade Básica de Saúde – UBS trabalharia com as IST.

No momento que assumo a gerência da unidade, automaticamente retorno à SMS, deixando de estar em cooperação técnica ao CETAD. Fiquei durante seis anos na gestão, desenvolvendo uma série de atividades em parceria com organizações/instituições sociais, dentre elas, a Associação das Profissionais do Sexo da Bahia - APROSBA, onde trabalhamos com educação em saúde, formando agentes multiplicadoras de informações para prevenção e cuidado à saúde. Outra questão importante está relacionada à formação do Conselho Local de Saúde da Unidade, com a participação da APROSBA enquanto organização conselheira, como forma de efetivar o controle social na formulação, acompanhamento e avaliação dos serviços de saúde oferecidos às prostitutas na Unidade. Nas reuniões do Conselho Local de Saúde sempre era pontuado, por prostitutas conselheiras, as dificuldades de acesso aos demais serviços do SUS, já que os de IST/AIDS eram disponibilizados no São Francisco. Participamos de várias discussões, inclusive no nível central da SMS, para que essas mulheres fossem visibilizadas, explicitando a necessidade de uma escuta que permitisse adquirir informações sobre cada usuária e possibilitasse resolução/encaminhamentos das demandas, de forma acolhedora e empática.

Em 2001, assumo mais um desafio: a coordenação do Distrito Sanitário Centro Histórico - DSCH, sem abandonar o trabalho de campo que realizava com organizações/instituições parceiras e nas próprias unidades que compunham o Distrito Sanitário. No início, fiquei assustada com tamanha responsabilidade, mas tinha certeza que daria o meu melhor, e sempre me deparando com situações

que envolviam as prostitutas. Realizei visitas constantes às demais Unidades de Saúde, principalmente as do DSCH, e presenciei diversas vezes algumas prostitutas que buscavam atendimento sendo recebidas com “certo descaso”. Elas eram encaminhadas pelos profissionais a outros serviços, principalmente os especializados, como o São Francisco, pois certamente os profissionais que realizavam os encaminhamentos tinham a visão equivocada que as mulheres prostitutas deveriam ser atendidas em locais específicos, “diferenciados”, ou melhor, que trabalhassem na área das IST.

No mês de julho de 2008, após ter sido exonerada do cargo de coordenadora do DSCH, voltei a desenvolver minhas atividades na assistência do São Francisco, onde permaneço até os dias atuais, estabelecendo interface com a saúde de populações em vulnerabilidade social, em especial as prostitutas. Nesse tempo foi institucionalizado um grupo de prostitutas, com sessenta e seis pessoas cadastradas, que buscavam serviços na unidade. Compreendo que mesmo integrando uma equipe multiprofissional do cuidado em IST/HIV/AIDS e HV, o adoecimento dessas mulheres não está relacionado somente às infecções transmitidas através do sexo, mas toda e qualquer patologia que acomete a população, principalmente as mulheres.

Em março de 2009, prestei concurso para o processo seletivo simplificado Regime Especial de Direito Administrativo - REDA da Secretaria de Saúde de Salvador, sendo lotada na equipe Capitães da Areia no Centro de Saúde Pelourinho, para trabalhar com população em situação de rua, principalmente meninos e meninas, até janeiro de 2014.

Em 2013, ingressei no Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiente e Trabalho/PPGSAT da Faculdade de Medicina/UFBA, motivo pelo qual decidi sair do REDA, pois não era possível conciliar a carga horária de trabalho permanecendo no SAE como estatutária. No mês de maio de 2015, apresentei minha dissertação intitulada: Vulnerabilidade das Profissionais do Sexo e Riscos das Doenças Sexualmente Transmissíveis, analisando os significados para as profissionais do sexo sobre as condições de vulnerabilidade associadas aos riscos de infecção das DST/AIDS/HV e as estratégias utilizadas para lidar com esses riscos.

Desse modo, destaco a minha aproximação com essas trabalhadoras, suas queixas, demandas, anseios e possibilidades do viver e de utilização das políticas públicas. E, mesmo com a certeza de que a atenção básica é a porta de entrada do SUS, é possível constatar que o atendimento a essas mulheres estava e ainda segue à mercê da sensibilidade de alguns poucos profissionais da saúde. As contradições existentes no SUS entre cultura institucional tradicional e o desafio de reorganização dos serviços para adequar-se às exigências legais de garantia ao acesso universal e integral gerou em mim inquietações, as quais, por fim, procuro sistematizar nesta tese de doutoramento.



Muitas vezes tenho dúvidas se o processo da vida é difícil ou se as pessoas é que o problematizam... Só sei que estou na vida para provar, principalmente para mim mesma, a capacidade de criar e recriar o mundo com olhar crítico sim, mas, sobretudo, com lentes de Luta, Ética e Perseverança.

Sandra Mendonça

APRESENTAÇÃO

Segundo Jairnilson Paim (2009), o conceito de saúde como área de saber, setor produtivo e/ou estado de vida, está assentado na Reforma Sanitária e fundamenta a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos(as) os(as) brasileiros(as) desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde como qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde.

A rede que compõe o SUS engloba a atenção primária, média e alta complexidade, os serviços de urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

No período que antecede a Constituição Federal de 1988 (CF-88), o sistema público de saúde era fundamentado em desigualdade e baseado no modelo hospitalocêntrico. A assistência era prestada a quem tinha dinheiro para pagar, e/ou os/as trabalhadores(as) com emprego formal vinculados(as) à Previdência Pública. No entanto, a maioria das pessoas vivia à margem da sociedade e era atendida por entidades filantrópicas.

A partir de 1988, toda a população passou a ter direito ao acesso à saúde pública, com acompanhamento para toda e qualquer pessoa que esteja em território nacional. O Art. 196 da Constituição Federal de 1988 define como responsabilidade do Estado a saúde de todas as pessoas, independente de contribuir ou não com a Previdência:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Assim, o SUS é estabelecido pela Lei Orgânica de Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Brasil, 1990).

Apesar do progresso da Constituição de 1988, que assegura o princípio da universalidade, ainda se convive com a realidade desigual e excludente do acesso ao SUS, ou seja: na prática, o acesso é multidimensional, caracterizado por uma série de limites relacionados a fatores socioeconômicos, étnico-raciais, de gênero e/ou por barreiras geográficas, mesmo considerando determinados avanços relacionados à ampliação e oferta de serviços.

Segundo Rosana Teresa *et al* (2010), a acessibilidade aos serviços de saúde tem sido abordada na literatura como um dos principais problemas relacionados à assistência, tornando evidente que esse processo está associado diretamente à consolidação do próprio SUS.

Além disso, a acessibilidade é diferente em relação a vários aspectos, que facilitam ou dificultam diferencialmente a participação de determinadas populações, são eles: horário de funcionamento, adequação das infraestruturas das Unidades Básicas de Saúde - UBS para o atendimento, qualidade dos serviços, gestão frágil, dificuldade para a marcação de consultas no mesmo dia da procura pelo atendimento, filas para realização de agendamentos, longo tempo de espera e distância das unidades em algumas regiões.

Para Washington Abreu e Marluce Assis (2010), analisar a acessibilidade das populações aos serviços deve ser alicerçado no princípio da equidade, no estabelecimento de caminhos para a universalização da atenção, regionalização, hierarquização e participação popular.

Com a finalidade de construir uma sociedade mais justa e um sistema de saúde participativo, torna-se necessário a desconstrução de estereótipos e a concretização de canais que admitam identificar as demandas e necessidades das prostitutas, ponderando, a todo instante, a impossibilidade de discutir saúde sem considerar os direitos humanos, as relações de gênero, a divisão sexual do trabalho e a maneira pela qual a sociedade apreende a ocupação exercida por essas mulheres.

Nesta tese de doutoramento, estamos refletindo sobre a hipótese de que o acesso das prostitutas às unidades de saúde está sustentado na interseccionalidade de gênero, classe social, raça/cor, e, especialmente para este grupo, no tipo de atividade/ocupação desempenhada. Vale salientar que acompanho, como profissional da saúde, desde 1996, um grupo de mulheres prostitutas, que mesmo com encontros comprometidos no período da pandemia e pós-pandemia da covid-19, apresentou queixas contantes a respeito da dificuldade de acesso aos serviços; além de expressarem constrangimento sobre situações de agravamento da condição de vulnerabilidade que elas enfrentam no cotidiano.

O texto é composto de sete partes: na primeira, apresento a Introdução; na segunda, a Revisão de Literatura; na terceira, os Objetivos; na quarta, o Referencial Teórico, onde descrevo sobre construcionismo social e os desdobramentos na psicologia social, sobretudo as práticas discursivas e produção de sentido, discussões sobre conceitos e noções básicas da prostituição, gênero, trabalho, trajetória política, e interseccionalidade; na quinta, os Procedimentos Metodológicos da pesquisa, contemplando: o desenho da pesquisa, as participantes do estudo e os procedimentos utilizados na produção de informações; na sexta, a Análise das Informações e na sétima Algumas Considerações, seguida das Referências Bibliográficas, dos Apêndices e Anexos.



“Falar sobre inclusão (prefiro dizer inclusão, do que diversidade) é só uma moda? Ou vai se tornar o padrão entendermos que somos todos partes da narrativa, que todas as nossas histórias merecem ser contadas?” — Viola Dawis.

PARTE I INTRODUÇÃO

A invisibilidade das demandas específicas das prostitutas, para Wilza Villela e Simone Monteiro (2015), corresponde à postura liberal do Estado Brasileiro sobre o tema, que não criminaliza a prostituição, mas criminaliza as atividades associadas a ela. O que significa que as mulheres prostitutas continuam desprotegidas e desassistidas na relação saúde e trabalho. Por exemplo, não há em documentos oficiais do Ministério da Saúde estratégias que contemplem as prostitutas:

A partir de uma concepção de integralidade voltada para a ampliação das ofertas, o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher - PAISM não privilegiou qualquer grupo específico de mulheres. Embora o texto da Política Nacional de Atenção Integral de Saúde das Mulheres, sucessor do PAISM a partir de 2004, explicita o reconhecimento das distintas necessidades de saúde das mulheres, não foi pensada qualquer estratégia para ampliar o acesso à saúde das prostitutas (Brasil, 2004).

A leitura do estudo “Sexualidade e Desenvolvimento: a política brasileira de resposta ao HIV/Aids entre profissionais do sexo”, da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS - ABIA (2011), sugere que a diretriz da política brasileira de prevenção e atenção à saúde de mulheres prostitutas está diretamente centrada em ações e programas das infecção do HIV/AIDS, como se não fosse possível adoecer de nada mais. Nesse sentido, mesmo considerando a importância da prevenção e assistência às IST entre as prostitutas, não é possível vê-las exclusivamente sob esse aspecto e não como “ser mulher”, que tem inúmeras demandas e necessidades ampliadas como quaisquer mulheres. Poder-se-ia dizer que as prostitutas são historicamente marginalizadas por se afastarem dos padrões de comportamento moral e social, ou seja: dos dogmas conservadores que ergueu a sociedade brasileira. Tal processo de marginalização e de exclusão se expressa no dia a dia dessas mulheres e também na atenção à saúde, ferindo os princípios doutrinários e organizativos do SUS.

Para discutir a questão da saúde e do acesso aos serviços por parte das prostitutas, vamos adotar o conceito de saúde trazido por Carlos Batistella (2007), que o analisa sob três aspectos: a saúde como ausência de doença (modelo biomédico); como bem-estar social (riscos de medicalização); e a saúde como valor social, sendo este último o mesmo conceito adotado na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que se refere a condicionantes e determinantes sociais da saúde e da doença:

Em sentido amplo, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (Brasil, *apud* Batistella, 2007, p.64).

Não há dúvidas que a saúde integral das prostitutas é um assunto que tem sido pouco discutido. As produções existentes tratam da relação entre prostitutas e serviços exclusivos das Infecções

Sexualmente Transmissíveis, pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida e a Síndrome em sua decorrência (IST/HIV/AIDS), sífilis e hepatites virais: “Por se tratar de um tema que aglutina outros, tão espinhosos quanto ele próprio, os debates sobre a prostituição têm sido restritos ao campo discursivo repressor sobre as chamadas sexualidades vagabundas, ao da vigilância sanitária e ao da criminalidade”, como destaca Margareth Rago (1996, p. 51).

Desse modo, este estudo apresenta uma possibilidade de tecer discussões mais aprofundadas sobre a temática e de provocar um redimensionamento das políticas públicas, em especial, da saúde no acesso e atendimento às prostitutas no SUS.



“A vida é a arte de pintar e sentir nossa própria história. Somos riscos, rabiscos, traços, curvas e cores que fazem da nossa vida uma verdadeira obra de arte” — Autor Desconhecido.

PARTE II

REVISÃO DE LITERATURA

A revisão deste trabalho é integrativa e exploratória, sendo dividida em três partes. Cada uma delas articula noções e/ou conceitos em torno dos objetivos da investigação. Segundo Arlete Roman e Maria Romana Friedlander (1998), a revisão integrativa de literatura tem a finalidade de sistematizar resultados obtidos em pesquisas sobre uma determinada questão bem definida, estabelecendo cinco etapas a serem seguidas.

A primeira etapa é a identificação do tema e/ou questão de pesquisa, considerada a etapa norteadora para a condução de uma revisão bem elaborada, relacionada a um raciocínio teórico com definições já aprendidas pelo pesquisador. A segunda etapa propõe o estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos nas bases de dados. A terceira etapa elabora a definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos. Na quarta etapa, os estudos selecionados são analisados detalhadamente de forma crítica, procurando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes nos diferentes estudos. A quinta etapa é fundamentada nos resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos, realiza a comparação com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa.

Na perspectiva construcionista, a revisão de literatura é vista como um método que utiliza as produções discursivas da ciência como fonte de pesquisa. Para Lia Yara Mirim (2013), a produção científica é entendida como linguagem e prática social, que reflete no discurso definido como uso institucionalizado da linguagem. Assim, compreende-se o artigo científico como um ato de fala impresso e, a partir do levantamento bibliográfico, que torna possível acessar o material produzido, refletindo criticamente sobre ele. Importante destacar que o produto de uma revisão é um discurso que deve considerar as inconstâncias dos(as) pesquisadores(as) e do contexto no qual está sendo realizada a pesquisa.

Assim, os artigos foram organizados em quadros, destacando nas colunas: autoria/ano, método adotado e categoria temática. As categorias foram definidas por meio do uso do critério de analogia, considerando o objetivo do artigo de referência. Este processo envolveu três etapas: 1. Pré-análise; 2. Codificação; e 3. Categorização (Vázquez-Sixto, 1996). Ressaltamos que muitas vezes é possível inscrever um artigo em mais de uma categoria, quando o objetivo aborda mais de um tema, ainda que priorizemos a temática mais discutida.

Maria Ribeiro *et.al.* (2025) sugere algumas questões para nortear as buscas: “o que se fala sobre o assunto que quero pesquisar? Como diferentes pessoas têm discutido o tema? Há alguma polêmica em torno dele? Que palavras são usadas para se referir a ele por diversos interlocutores?”

Como a busca e seleção inicial dos artigos ocorreu entre os meses de outubro de 2019 a janeiro de 2020, e a pandemia da covid-19 ter se instalado em março de 2020, com várias repercussões na

vida das prostitutas, houve a necessidade de atualização da mesma, não só devido à pandemia, mas também por ter ocorrido um intervalo de tempo considerável da realização da busca/seleção e da consolidação da tese. Assim, os meses de março, abril e maio de 2023 foram dedicados à atualização e reflexão sobre a pergunta: qual a produção científica acerca do acesso das prostitutas aos serviços de saúde públicos no Brasil?

Na coleta de informações consta a seleção de referências teóricas relacionadas ao tema, utilizando os seguintes descritores: “prostitutas”, “IST” “saúde”, “gênero”, “trabalho”, “saúde integral”, “acesso aos serviços”, “covid-19”, verificados com o operador booleano *and*: prostitutas *and* saúde; prostitutas *and* IST; prostitutas *and* saúde integral; prostitutas *and* acesso aos serviços; prostitutas *and* covid-19. Não foi realizado um recorte temporal, na perspectiva de alcançar o maior número de publicações disponíveis sobre o tema. Os artigos que discutiam o acesso das prostitutas aos serviços de saúde em contextos internacionais foram excluídos da amostra nesse primeiro momento, por não termos intenção de fazer comparações entre sistemas de saúde diferentes do SUS.

Desse modo, descrevemos a seguir as etapas percorridas nesta revisão, realizada nas bases de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS; *Scientific Electronic Library Online – SciELO*; Biblioteca Virtual em Saúde – BVS; Banco de Teses e Dissertações/CAPES; Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), que versavam sobre a temática do estudo.

A combinação de descritores: “Prostitutas *and* Saúde” foram encontradas em 63 artigos, destes, 43 foram incluídos. Quanto ao método empregado nos estudos, 41 utilizaram métodos qualitativos de produção e análise de informações; somente dois apresentaram método qualitativo/quantitativo. Em sua essência, os estudos se referem a relatos de experiência, revisão de literatura e análises teóricas sobre determinada temática.

Com a combinação “Prostitutas *and* IST” foram encontrados 14 artigos inclusos para confirmação da preocupação primária da saúde das prostitutas com as Infecções Sexualmente Transmissíveis, os quais utilizaram método qualitativo, e apenas um relato de experiência. Na combinação “Prostitutas *and* Saúde Integral”, foram encontrados 15 artigos, dos quais nove foram incluídos e seis excluídos por não ter a saúde integral das prostitutas como foco principal, e sim a saúde das prostitutas relacionada às Infecções Sexualmente Transmissíveis, inclusos na combinação anterior. Dos selecionados, oito apresentam método qualitativo, e um qualitativo/quantitativo.

Entre os descritores “Prostitutas *and* Acesso aos Serviços de Saúde”, encontramos 22 artigos, dos quais cinco foram incluídos. Todos utilizaram o método qualitativo, sendo um estudo revisão de literatura e outro etnográfico. Com os descritores “Prostitutas *and* covid-19”, identificamos quatro estudos com método qualitativo, sendo um de revisão de literatura.

A utilização do termo “Prostituta” está subsidiada na definição política e ética da pesquisadora, principalmente em respeito à vontade das participantes do estudo em serem identificadas por esta nomenclatura.

Como dito anteriormente, contabilizamos um total de 43 estudos selecionados que versaram e subsidiaram a presente investigação. Assim, para melhor apreensão e assimilação de estudos eficazes, foi elaborado um quadro pontuando: descrição do estudo, autores(as), ano de publicação e método utilizado. Após leitura na íntegra, foram estabelecidos eixos temáticos que permitiram a construção de categorias que direcionam as discussões. A exclusão de 20 estudos está relacionada a uma série de artigos repetidos, e/ou que não tratavam do assunto analisado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a revisão, a princípio, os artigos foram organizados em categorias temáticas mediante critérios de diferenciação, sendo o mais utilizado a análise semântica, ou seja: as unidades são agrupadas pela semelhança dos seus significados (Vázquez-Sixto, 1996). Sendo assim, a revisão se constituiu pela leitura, na íntegra, de 105 textos entre artigos, teses e dissertações selecionados, onde construímos cinco categorias temáticas: Prevenção e cuidado às IST/AIDS; Prevenção e cuidado em relação ao gênero, prostituição e trabalho; Prevenção e cuidado em relação à saúde integral; Prevenção, cuidado e acesso aos serviços de saúde; Prevenção e cuidado à covid-19, visto que estes são os temas mais encontrados na literatura.

Outra questão que merece destaque é que ao se dirigir às prostitutas, as(os) diversas(os) autoras(es) utilizam as mais variadas nomenclaturas (trabalhadoras sexuais, profissionais do sexo, garotas de programas e prostitutas).

A seguir, temos o quadro com os estudos que subsidiaram a revisão de literatura desta tese:

Quadro1 - Estudos da Revisão de Literatura.

Categorias Temáticas	Descrições	Quantidade	Artigos /Autoras (es)	Ano Publicação	Método
Prevenção e Cuidado às IST/AIDS.	Estudos relativos à prevenção de IST/AIDS em prostitutas.	14	✓ Entre profissionais da saúde e profissionais do sexo: um estudo sobre prostituição e direitos sexuais em um serviço de saúde especializado em IST-HIV/Aids. Autora: Carla Beatriz Campos.	2022	Qualitativo

			<p>✓ Sexo, poder e imunidade: uma reflexão sobre dois casos brasileiros.</p> <p>Autoras: Ângela Couto Machado Fonseca; Andressa Regina Bissolotti dos Santos.</p>	2022	Qualitativo
			<p>✓ Percepções de mulheres profissionais do sexo do teste HIV: incentivos e barreiras.</p> <p>Autoras (es): Renata Mota Rodrigues Bitu Sousa; Myrna Maria Arcanjo Frota; Camila Castro; Bernard Carl Kendall; Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr.</p>	2017	Qualitativo
			<p>✓ Prostituição, HIV/Aids e vulnerabilidades: a “cama da casa” e a “cama da rua”.</p> <p>Autoras (es): Renata Mota Rodrigues Bitu Sousa; Myrna Maria Arcanjo Frota Camila Castro; Bernard Carl Kendall; Fabrício Bitu Sousa; Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr.</p>	2017	Qualitativo
			<p>✓ Educação em saúde para profissionais do sexo: impacto na mudança de comportamento.</p> <p>Autoras: Hadelândia Milon de Oliveira; Maria Jacirem Ferreira Gonçalves.</p>	2017	Qualitativo/ Relato de Experiência
			<p>✓ Entre o medo e a ousadia: educando-se na</p>	2014	Qualitativo

			prática da prostituição. Autora: Fabiana Rodrigues de Sousa.		
			✓ Trabalhadores do sexo em contexto de interior: utilização e acesso a serviços de saúde na área da infecção VIH/Sida. Autora: Ana Carolina Barroso da Silva.	2013	Quali/Quanti
			✓ O Comportamento de Prostitutas em Tempo de Aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis: Como estão se prevenindo? Autoras (es): Ana Débora Assis Moura; Rodisheily Maria Silva de Oliveira; Guldemar Gomes de Lima; Leiliane Martins Farias; Aline Rodrigues Feitoza.	2010	Qualitativo
			✓ O trabalho das profissionais do sexo em diferentes lócus de prostituição da cidade. Autoras (es): Edil Ferreira da Silva; Daysse Beserra Costa; José Ulisses do Nascimento.	2010	Qualitativo
			✓ Prostituição x DST/Aids: um estudo descritivo com perspectiva de práticas de prevenção. Autoras (es): Ana Débora A. Moura; Guldemar G. de Lima; Leiliane M. Farias; Aline R. Feitoza; Maria Grasiela T. Barroso.	2009	Qualitativo

			<p>✓ Intervenção em saúde do trabalhador com profissionais do sexo.</p> <p>Autoras (es): Maria Altenfelder Santos; Ana Luiza Silva Fanganiello; Renata Paparelli; Fábio de Oliveira.</p>	2008	Qualitativo
			<p>✓ Comercializando fantasias: a representação social da prostituição, dilemas da profissão e a construção da cidadania</p> <p>Intervenção em saúde do trabalhador com profissionais do sexo.</p> <p>Autoras (es): Kátia Guimarães; Edgar Merchán-Hamann.</p>	2005	Qualitativo
			<p>✓ Representações sociais de mulheres profissionais do sexo sobre a AIDS.</p> <p>Autores: Leandro Castro Oltramari; Brígido Vizeu Camargo.</p>	2004	Qualitativo
			<p>✓ Prostituição Juvenil feminina e a prevenção da Aids em Ribeirão Preto, SP.</p> <p>Autoras: Cristiane Paulin Simon; Rosalina Carvalho da Silva; Vera Paiva.</p>	2002	Qualitativo
Prevenção e Cuidado em relação a Gênero,	Estudos relacionados aos Cuidados de Saúde com as Mulheres	11	<p>✓ “Cuida!”: práticas de cuidado em saúde com mulheres trabalhadoras sexuais.</p>	2022	Qualitativo

Prostituição e Trabalho.	Prostitutas Trabalhadoras.		Autoras (es): Lorena Brito da Silva; Juliana Vieira Sampaio; Ricardo Pimentel Mélo.		
			✓ Reflexões sobre o trabalho das prostitutas no Brasil contemporâneo. Autoras: Ana Júlia Soares de Campos; Ingrid Barbosa Betty; Sandra Francisca Bezerra Gemma.	2021	Qualitativo
			✓ O cuidado com a saúde das mulheres profissionais do sexo: uma revisão narrativa Autoras: Niége Lago da Cruz; Carla Lizandra Ferreira; Elenice Martins; Martha Souza.	2016	Qualitativo
			✓ Aborto Induzido em Mulheres Trabalhadoras Sexuais Brasileiras: um Estudo Qualitativo. Autoras: Wilza Vieira Villela; Simone Monteiro.	2015	Qualitativo
			✓ Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres. Autoras: Wilza Vieira Villela; Simone Monteiro.	2015	Qualitativo
			✓ Reconhecimento do vínculo empregatício para o trabalho da	2015	Qualitativo

			<p>prostituta. Direito do Trabalho e da Seguridade Social.</p> <p>Autora: Rosângela Rodrigues Dias de Lacerda.</p>		
			<p>✓ Situações de vulnerabilidade à violência de mulheres profissionais do sexo: interfaces no campo da saúde.</p> <p>Autoras (es): Jaqueline Arboit; Maiara Carmosina Hirt; Rubia Geovana Smaniotto Gehlen; Vanessa da Silva Bortoli; Marta Cocco da Costa; Ethel Bastos da Silva.</p>	2014	Qualitativo
			<p>✓ Ser prostituta: o sentido do trabalho moralmente inaceitável.</p> <p>Autoras (es): Késia Aparecida Teixeira Silva; Guilherme de Freitas Borges; Flávia Luciana Naves Mafra; Mônica Carvalho Alves Cappelle.</p>	2013	Qualitativo
			<p>✓ O Comportamento de Prostitutas em Tempo de Aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis: como estão se prevenindo?</p> <p>Autoras (es): Ana Débora Assis Moura Rodisheily; Maria Silva de Oliveira; Guldemar Gomes de Lima; Leiliane Martins Farias; Aline Rodrigues Feitoza.</p>	2010	Qualitativo

			<p>✓ Perfil Gineco-Obstétrico e Realização de Exames por Prostitutas de Fortaleza.</p> <p>Autoras: Ana Izabel Oliveira Nicolau; Priscila de Souza Aquino; Escolástica Rejane Ferreira Moura; Ana Karina Bezerra Pinheiro.</p>	2008	Qualitativo
			<p>✓ Corpos na prostituição: práticas de saúde.</p> <p>Autora: Elisiane Pasini.</p>	2008	Qualitativo
Prevenção e Cuidado em relação à Saúde Integral das Prostitutas.	Estudos sobre a Saúde das Prostitutas não Relacionada às IST.	09	<p>✓ Percepções de profissionais do sexo sobre o cuidado recebido no contexto assistencial à saúde.</p> <p>Autoras (es): Beatriz Guerta Pastori; Andrei Biliato Colmanetti; Claudia Azevedo Aguiar.</p>	2022	Qualitativo
			<p>✓ Integralidade da assistência à saúde de profissionais do sexo: revisão de literatura.</p> <p>Autoras (es): Antônio Bertolino Cardoso Neto; Dilma Aparecida Batista Ferreira; Mariana Machado dos Santos Pereira; Juliano Fábio Martins; Ana Paula da Silva Queiroz; Thays Peres Brandão; Márcio Paulo Magalhães; Paula Cardinalle de Queiroz Romão; Cristiano Vieira Sobrinho; Maxwel Soares Santos; Carolina Peres Brandão.</p>	2022	Qualitativo/ Revisão de Literatura

			<p>✓ Prostituição e saúde: representações sociais de enfermeiros/as da estratégia saúde da família.</p> <p>Autoras (es): Jameson Moreira Belém; Juscinaide Henrique Alves; Emanuelly Vieira Pereira; Evanira Rodrigues Maia; Glauberto da Silva Quirino; Grayce Alencar Albuquerque.</p>	2018	Qualitativo
			<p>✓ Caracterização social de prostitutas diante da visão integral da saúde.</p> <p>Autoras: Ana Izabel Oliveira Nicolau; Ana Karine Bezerra Pinheiro; Priscila de Souza Aquino.</p>	2017	Qualitativo
			<p>✓ Educação Popular em Saúde e participação de prostitutas: contribuições para a gestão participativa do SUS.</p> <p>Autora: Fabiana Rodrigues de Sousa.</p>	2014	Qualitativo
			<p>✓ Ser prostituta: o sentido do trabalho moralmente inaceitável.</p> <p>Autoras (es): Késia Aparecida Teixeira Silva; Guilherme de Freitas Borges; Flávia Luciana Naves Mafra; Mônica Carvalho Alves Cappelle.</p>	2013	Qualitativo
			<p>✓ A Prática Cotidiana de Saúde das Profissionais do Sexo.</p>	2012	Qualitativo

			<p>Autoras (es): Elouyse Fernandes Leitão; Lívia Louise Souto Costa; Mércia Zeviani Brêda; Maria Cícera dos Santos de Albuquerque; Jorgina Sales Jorge.</p>		
			<p>✓ Políticas públicas de saúde voltadas à atenção à prostituta: breve resgate histórico.</p> <p>Autoras: Priscila de Souza Aquino Lorena Barbosa Ximenes; Ana Karina Bezerra Pinheiro.</p>	2010	Qualitativo
			<p>✓ Prostituição de Mulheres: a interface com a atenção primária de saúde.</p> <p>Autoras: Juliana Solon Furtado; Eliany Nazaré de Oliveira.</p>	2002	Quali/Quanti
Prevenção, Cuidado e Acesso aos Serviços de Saúde	Estudos sobre o acesso das prostitutas aos serviços de saúde.	05	<p>✓ Percepções de profissionais do sexo sobre o cuidado recebido no contexto assistencial à saúde.</p> <p>Autoras (es): Beatriz Guerta Pastori; Andrei Biliato Colmanetti; Claudia Azevedo Aguiar.</p>	2022	Qualitativo
			<p>✓ Mulheres: prostituição e cuidados em saúde sexual.</p> <p>Autoras (es): Thainá Buono Paulino dos Santos; Carlos Botazzo.</p>	2021	Qualitativo
			<p>✓ Acesso à saúde pelas profissionais do sexo na atenção primária: uma revisão integrativa.</p> <p>Autoras (es): Raissa Reis de Oliveira; Karine Honório Silva;</p>	2021	Qualitativo/ Revisão de Literatura

			Seilla Siedler Tavares; Márcia Féldreman Nunes Gonzaga; Clayton Gonçalves de Almeida; Irineu César Panzeri Contini.		
			✓ Empoderamento Feminino e Políticas Públicas em Saúde: um estudo sobre a assistência prestada às prostitutas. Autoras: Maria da Solidade dos Santos Sara Rebeca Lopes da Silva Covichon.	2021	Qualitativo
			✓ Cotidiano de Trabalho e acesso aos serviços de saúde de mulheres profissionais do sexo. Autoras (es): Nayara Santana Brito; Jameson Moreira Belém; Tayenne Maranhão de Oliveira; Grayce Alencar Albuquerque; Glauberto da Silva Quirino.	2019	Qualitativo/Etno- grafia
Prevenção e Cuidado das Prostitutas à covid-19	Estudos a respeito da saúde das prostitutas e a covid-19.	04	✓ Prostituição e o covid-19: repercussão na vida das profissionais do sexo. Autora: Cindy Carolina Benedetti Costa.	2022	Qualitativo
			✓ A realidade das profissionais do sexo no contexto da pandemia do covid-19: Uma revisão sistemática. Autoras (es): Érica Maria Fernandes Martins;	2022	Qualitativo/ Revisão de Literatura

			Karla Beatriz de Freitas Lira; Stéfany de Lima Gomes; Daniel Felipe Fernandes Paiva.		
			✓ Feminismos, "putafeminismo" e trabalho sexual no contexto da pandemia covid-19: uma análise em ambientes online. Autora: Ysabella Silva De Andrade.	2021	Qualitativo
			✓ Prostituição, neoconservadorismo e pandemia – o Movimento de Prostitutas e os desafios da covid-19. Autora: Marlene Teixeira Rodrigues.	2021	Qualitativo

Fonte: Elaboração Própria (2023).

Para melhor compreensão do quadro acima, apresentamos a seguir um esboço sobre as categorias temáticas elaboradas a partir da revisão.

PREVENÇÃO E CUIDADO ÀS IST/AIDS

A infecção de HIV/AIDS e demais infecções se apresentam como um problema de saúde pública, e como uma patologia carregada de significados que excede o alcance biomédico, ativando inúmeras assimilações de conotação social, cultural, religiosa e identitária à transmissão do vírus, que para Mariana Dantas *et al* (2015) implica uma série de desafios, dentre eles: acesso à prevenção e assistência das populações consideradas vulneráveis; e ações peculiares em torno dos estigmas.

Aliada ao preconceito, a invisibilidade social e programática da prostituição estão relacionadas à epidemia de AIDS, constituindo-se, por exemplo, a partir de um conjunto de intenções; entre elas, a feminização e a concentração da infecção em determinadas populações, as diversidades regionais, e o crescimento da prevalência nacional do HIV entre as mulheres prostitutas e demais mulheres.

Entretanto, esse estigma recai sobre as prostitutas com programas específicos de identificação e reconhecimento dos espaços de prostituição como suscetíveis à infecção, distribuição ampla de

preservativos (masculinos e femininos), consultas aos ginecologistas regularmente, além do pré-natal, testagem rápida (TR) para HIV, sífilis, hepatites B e C, e tratamento imediato quando há alguma infecção sexualmente transmissível.

Não há dúvidas que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são imperativas para a efetividade dos sistemas de saúde e para melhoria da saúde da população. Quando essa efetividade é relacionada à prostituição, Villela (2015) destaca o grande desafio para os serviços de saúde, tanto pela invisibilidade das prostitutas quanto pela falta de preparo das equipes de saúde no atendimento dessas mulheres, que, na maioria das vezes, não desvincula a assistência das IST. Tal vinculação não só define o teor discriminatório, e a forte carga de preconceito atrelada à ideia de prostitutas versus transgressão comportamental associada aos aspectos sexuais e reprodutivos; estreita relação com as IST enquanto condição “*sine qua non*” das prostitutas, considerando as “práticas sexuais” e a “quantidade de parceiros” como exposição ocupacional.

Guacira Louro (2010) expõe que há um consenso em personificar os corpos das prostitutas como “doentes”, ou em potencial adoecimento, refletidos nas práticas assistenciais e nas medidas higienistas/curativas. Tais corpos são considerados socialmente, segundo Mary Del Priore (2006), como praticantes da luxúria, envolvidos por desejos sexuais e práticas carnavais. Dessa forma, a prostituta passa a ser definida como pessoa impura, imoral e pecadora, devendo ser desprezada e excluída do “convívio social”, para não contaminar e/ou destruir as relações familiares. Isso implica em retirar dessas mulheres o espaço mínimo de vivência em sociedade, que toma decisões sobre seu próprio corpo, não submetendo à condenação da sua condição humana.

Para Alexandre Granjeiro *et al.* (2015), muitas mulheres em situação de prostituição estão em vulnerabilidade extrema, justificada pelas desigualdades e pobreza, aumentada pelo enfraquecimento das políticas públicas voltadas a elas. Entretanto, não é o fato de serem prostitutas que as coloca na situação de vulnerabilidade, mas muitas vezes a condição econômica, por exemplo: mesmo tendo o insumo (preservativo), se expõe ao “não uso”, pela significativa diferença nos valores dos programas, com e sem proteção, optando em retornar para casa com uma quantia maior para manutenção financeira da família. Entretanto, ainda que a situação financeira se apresente como um gatilho importante nas análises sobre prostituição, não pode ser apenas sobre isso, e sim ampliar as discussões sobre as desigualdades sociais, a prestação de serviços sexuais, o mercado informal e como a sociedade as percebem.

A seguir, abordaremos a prevenção e cuidado em relação a gênero, prostituição e trabalho.

PREVENÇÃO E CUIDADO EM RELAÇÃO À GÊNERO, PROSTITUIÇÃO E TRABALHO

Tradicionalmente, gênero é definido como aquilo que identifica e diferencia os homens e as mulheres, ou seja: masculino e feminino, referindo-se ao que é adequado tanto ao sexo masculino quanto ao feminino. Entretanto, quando analisamos gênero a partir das ciências sociais, mais especificamente da psicologia, o gênero é apreendido como algo que distingue as pessoas socialmente, considerando os padrões históricos culturais impostos aos homens e às mulheres.

Para Heleieth Saffioti (2004), a categoria gênero incide em uma gramática sexual, que amolda as condutas femininas e masculinas e as concernentes relações sociais. O gênero não regula apenas as relações entre homens e mulheres, mas também entre homens e entre mulheres. Portanto, essa categoria regula os papéis sociais que os indivíduos desempenharão em sociedade e como os mesmos estabelecerão as relações sociais.

Simone de Beauvoir (1980) destaca que o contexto de submissão da mulher às relações de opressões, desigualdades, humilhações morais, éticas, trabalhistas, sociais e pessoais, sempre apresentou uma perspectiva de complementaridade do outro, como um papel auxiliar ao papel do homem. Assim, é possível perceber que o contexto de inclusão da mulher está enraizado de concepções masculinas, as quais favorecem um mundo criado e estabelecido pelos homens.

Sobre o perfil ocupacional feminino no mercado de trabalho, segundo Késia Silva *et al* (2013), desde o século XX vem sofrendo transformações, inclusive com ampliação da participação feminina nos postos de trabalho e em segmentos antes ocupados exclusivamente por homens, o que implica na redução do número de profissões/ocupações ditas como masculinas ou femininas, explicado pela combinação de fatores econômicos, culturais e sociais.

Não há dúvidas que o avanço e o crescimento da industrialização no Brasil, a transformação da estrutura produtiva, o contínuo processo de urbanização e a redução das taxas de fecundidade nas famílias proporcionaram a inclusão das mulheres no mercado de trabalho. Entretanto, o crescimento dessa inserção não necessariamente significa deixar de discutir sobre as condições qualitativas nas quais são desenvolvidos os trabalhos, tais como: o local, os salários, e a tripla jornada, uma vez que mesmo atuando no mundo do trabalho, considerado externo ao lar, a maioria das mulheres assumem também as atividades domésticas.

Maria Cristina Bruschini (2007) destaca outra questão sobre a precariedade do trabalho feminino: o fato de que muitas mulheres, para assegurarem a permanência no emprego e a uma renda mínima, submetem-se aos trabalhos disponíveis, inclusive sub-remunerados. Para Maria Fernanda Diogo e Kátia Maheirie (2008), o trabalho é a atividade que define o indivíduo como ser social, e afeta a subjetividade do trabalhador, congregando uma infinidade de conceituações, atributos e significados.

Luís Araújo (2004) salienta que o ingresso acelerado das mulheres no mercado de trabalho ocorre com as 1ª e 2ª Guerras Mundiais, momentos em que os homens provedores dos lares, após as frentes de batalhas, morrem e são retirados das famílias. Nesse momento, as mulheres viúvas começam a assumirem postos de trabalho, como provedoras das suas casas. Com isso, o trabalho feminino apresenta-se como forte referência social que, na contemporaneidade, produz e reproduz uma cobrança direta na valorização pessoal, na capacidade laboral, intelectual e geradora de renda, ou seja: as condições nas quais vivem as mulheres não são produtos de ordem biológica, mas de construções sociais que tem base material na divisão sexual do trabalho.

Danièle Kergoat (2009) menciona que a divisão sexual do trabalho é decorrente das relações sociais de sexo; historicamente adaptada a cada sociedade, que tem como principal característica o caminho prioritário dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva, ou seja: os homens em ocupações identificadas como “fortes”. Vale ressaltar que a divisão sexual do trabalho e suas modalidades variam no tempo e no espaço.

Desse modo, Ruth Milkman (1987) salienta que a mesma tarefa especificamente feminina numa determinada sociedade ou ramo industrial, pode ser considerado tipicamente masculino em outras, possibilitando problematizar em termos de divisão sexual do trabalho que não há um axioma determinista; mas há a perspectiva de discorrer dialeticamente as variações, trazendo a evidência dos fenômenos da reprodução social, a emergência de novas configurações que questionam a própria existência dessa divisão.

Na sociedade brasileira, a diversidade das desigualdades endossa as relações de gênero mais associadas às questões culturais e sociais do que à questão econômica, o que se constitui em representações sociais de participação da mulher nos espaços variados como: família, escola, igreja, movimentos sociais, enfim, na sociedade como um todo. Assim, a inserção da mulher no mercado de trabalho se apresenta como uma forma de movimento social, de interesse tanto do mercado quanto das próprias trabalhadoras.

Para Maria da Glória Gohn (2016), analisar o crescimento da economia informal no plano macrossocial em detrimento da economia formal na geração de empregos, apresenta-se de maneira saudável e recomendável visto que nessa conjuntura as(os) trabalhadoras(es), como dito anteriormente, lutam pela manutenção do emprego e não pelas condições de trabalho de uma determinada categoria. Outro fator importante a considerar é que quanto maior for o nível de escolaridade das mulheres também será maior a inserção no mercado de trabalho e melhoria nas diferenças salariais quando comparadas com as dos homens.

Segundo Helena Hirata (2009), a inserção das mulheres no trabalho, muitas vezes ocorre na forma de “inserção excluída”, ou seja: são engajadas em funções menos qualificadas e com menor

oportunidade de mobilidade ocupacional, preexistindo a “cultura patriarcal” de que as mulheres são seres frágeis, irracionais e indispensáveis no processo de reprodução.

Sobre a relação gênero, trabalho e prostituição, Adriana Piscitelli (2005) aborda, vinculada ao modo como socialmente é percebida, a sexualidade: alguns grupos feministas, por exemplo, entendem a sexualidade como um elemento utilizado para transformar as mulheres em objeto, já outros grupos enxergam a sexualidade como prática libertadora para as mulheres, e a prostituta como símbolo da autonomia sexual. Assim, historicamente, as relações de trabalho são estabelecidas sobre as bases da discriminação social e de gênero, exploração e dominação, destacando a supremacia dos homens sobre as mulheres, revelando discussões de gênero nas quais o trabalho destinado às mulheres é, na maioria das vezes, considerado um trabalho precário, despersonalizado, desqualificado e em outras não.

No Brasil, a prostituição é geralmente analisada através de dois eixos tradicionais: um que a trata como um fenômeno “semi-criminoso”; vista como uma questão de ordem pública, trazendo à cena as autoridades instituídas do Estado que têm como dever fiscalizá-la, sendo a polícia e os médicos chamados para desempenharem esse papel; e outro que faz abordagem considerando valores morais; as diversas igrejas, por exemplo, concebem a prostituição como pecado que não conduz à salvação, mas ao pecado individual e à condenação eterna. Enquanto outros agentes morais não religiosos a situam como mulheres vulneráveis e muitas vezes escravizadas, onde o resultado do labor pode acarretar sofrimento e diversas patologias para as trabalhadoras.

Neste estudo, adotamos a compreensão de Késia Silva *et al* (2013), que mesmo a prostituição sendo considerada uma profissão periférica, não aceita socialmente com base no preconceito e na discriminação, as mulheres prostitutas buscam a categorização da prostituição como trabalho na sociedade emaranhadas na interseção de gênero, sexualidade e os dilemas da ocupação. Portanto, mediante as questões circunstanciadas é importante enfatizar que a relação estabelecida entre as prostitutas e o trabalho não oferece condições favoráveis para o desenvolvimento da atividade laboral com qualidade, o que implica na necessidade de uma organização social cada vez maior para uma participação política mais efetiva.

A seguir, analisaremos a trajetória política das prostitutas como elemento balizador na busca do reconhecimento da prostituição e conseqüentemente por melhores condições de vida e trabalho.

PROSTITUIÇÃO E TRAJETÓRIA POLÍTICA

No Brasil, especificamente no final da década de 1970, surge o movimento de prostitutas, embasado no reconhecimento legal da profissão, pela dignidade do trabalho e pela diminuição do

estigma. No entanto, é nos anos de 1980, com o artifício de redemocratização do país que a organização social das prostitutas se desenvolve, juntamente com outros movimentos sociais, que reivindicavam não só os direitos sociais de cidadania, mas o reconhecimento da prostituição como “um trabalho como outro qualquer”, passando a serem sujeitos constituintes da própria “identidade política”, como ressaltam Gabriela Leite e Flávio Lenz (2013, p.41).

Assim, as prostitutas constroem uma história de organização, mesmo iniciada de forma tímida, sendo possível ampliar sua atuação, emergindo interesse da imprensa e de setores considerados progressistas na sociedade, e se consolida como movimento social de enfrentamento. Segundo Bárbara Lobo e José Leite (2016), a sociedade se conforma como contrária à prostituição; principalmente as linhas do feminismo “radical” que adotam a perspectiva abolicionista com um discurso moralizante, violento e de segregação.

Em 1979, ocorre a primeira manifestação pública de protesto das prostitutas, com uma passeata realizada na cidade de São Paulo contra a violência policial e a discriminação que estavam submetidas. Para Gabriela Leite, protagonista desse processo:

[...] se nós conseguíamos realizar aquilo com o centro de São Paulo, é porque dava pra fazer outras coisas mais. No auge da excitação com a passeata, algumas perguntas brotavam na minha cabeça: Por que nós não nos organizamos de uma maneira mais permanente? “Porque a gente não se organiza contra a violência policial? Comecei a ver nisso um trabalho político seríssimo, concreto, que faz parte do dia-a-dia da prostituição (Leite, 1992, p. 85 e 86).

Acontece o primeiro Encontro Nacional de Prostitutas em 1987, no qual é criada a Rede Brasileira de Prostitutas e a fundação da primeira associação de prostitutas do Brasil, tendo como presidenta a própria Gabriela Leite, em função da necessidade de se protegerem de um processo de remoção e segregação urbana. Em 1992, a Organização Não Governamental - ONG Davida – Prostituição, Saúde e Direitos Civis, começa a espalhar os ideais da Rede por meio do jornal Beijo da Rua. A partir disso, inúmeras associações vão surgindo em todo o país, reivindicando, como citado anteriormente, o fim da violência, do preconceito e do estigma, promovendo pouca visibilidade, mas tendo o reconhecimento da atividade como trabalho.

Mediante um processo de organização e mobilização, a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, desde 2002, inclui profissionais do sexo como uma ocupação registrada no grupo de “prestadores de serviços”. Tal inclusão colaborou para o movimento por reconhecer a prostituição como profissão, mas não resolveu a questão da ilegalidade, nem deu subsídios para enfrentamento do preconceito atribuído pela sociedade diante do trabalho realizado.

Como já ressaltado anteriormente, a prostituição enfrenta sérias dificuldades para se legitimar e ser aceita como um trabalho, ou seja: mesmo com a conquista “jurídica”, o processo de luta por direitos desenvolvido pelas prostitutas segue marcado por conflitos e tensões. Marlene Teixeira

(2007) discute que, mesmo com o reconhecimento da prostituição como trabalho pelo Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, houve, sem dúvidas, inovação do modelo tradicionalmente adotado no país para o enfrentamento da questão, mas, ainda insuficientes para o combate à exclusão e discriminação, bem como para a conquista da cidadania dessas mulheres.

Sobre o tratamento das questões relacionadas à atividade, na esfera da legislação trabalhista, é importante ressaltar que a profissão pertence à família dos prestadores de serviços, indexada na CBO (ANEXO 1) com o número 5.198-05, sob o título de “Garota de programa”, “Garoto de programa”, “Meretriz”, “Messalina”, “Mulher da vida”, “Prostituta” e “Trabalhadora do sexo”, permitindo também a mudança de ocupação na Previdência Social. A descrição sumária da atividade explicita que as prostitutas: “trabalham por conta própria, podendo atuar em locais públicos e privados, atendem e acompanham clientes; participam em ações educativas no campo da sexualidade, e as atividades são exercidas seguindo normas e procedimentos que minimizam as vulnerabilidades da profissão” (CBO, 2000).

Não há dúvidas que inúmeros são os desafios postos à prostituição, principalmente a feminina, mas que não minimizam o sentido que o trabalho apresenta para as prostitutas; visto que a atividade como estabelecimento comercial gera renda e movimenta a economia informal.¹ Isso torna necessário não só reconhecer as relações de trabalho estabelecidas pela prostituta, como também é importante desmistificar a sua imagem “pejorativa”, no sentido de contribuir para a concretização dos direitos fundamentais como mulher, prostituta e trabalhadora.

Em contexto chileno, ou seja; em uma realidade diferente, mas ainda na América Latina, Jacqueline Espinoza-Ibacache e Lupicínio Iñiguez-Rueda (2020) destacam a clássica problematização das práticas sexuais profissionais e o sistema patriarcal capitalista, uma vez que essas mulheres resistem a padrões morais e sociais estabelecidos, e sofrem violência diária em consequência das condições sociais, econômicas e jurídicas que rodeiam a atividade.

Para Gabriela Leite (2009) e Rosângela Lacerda (2015), a prostituta, seguramente, ocupa um lugar no imaginário sexual dominante, representando a mulher que se entrega a todos os homens e que não pertence a nenhum, geralmente ela é vista como uma categoria particular de pessoa, apartada das demais; é a mulher objeto de desejo, sujeito de paixões baixas, transgressora de limites, que incide o desprezo e a repulsa.

Sandra Lemos (2015) descreve que o trabalho informal das prostitutas, no geral, está associado à pobreza, baixa escolaridade, baixos rendimentos, bem como, à falta de cobertura pelos sistemas de

¹Trabalho informal são todas as atividades que se inscrevem no campo da inexistência de relações contratuais amparadas por leis trabalhistas e fiscais, como sinalizam Carla Silva e Octávio Vargens (2008).

proteção social, apresentando-se como uma atividade de vulnerabilidade na qual as negociações geralmente são estabelecidas entre as mulheres e os homens, mediante contatos verbais, sem testemunhas, onde a mulher é apresentada como a própria “mercadoria”.² O que nos reporta alguns questionamentos: será que para o Estado brasileiro, a inclusão das prostitutas na CBO implica na superação das circunstâncias que as colocam em situação de vulnerabilidade? Quais os discursos apresentados por essas mulheres sobre a inclusão na CBO? Qual a relação estabelecida entre a inclusão na CBO e o acesso aos serviços de saúde pelas prostitutas? Essas são indagações que nos remetem a um processo de discussão sem precedentes, entendendo que a questão da inclusão/exclusão social precisa ser vista com o devido cuidado por uma legislação que envolva decisivamente as prostitutas como pessoas dignas de atenção e devidamente cuidadas pelo Estado de Direito, as possibilitando a terem uma vida efetivamente de cidadãs.

PREVENÇÃO E CUIDADO EM RELAÇÃO À SAÚDE INTEGRAL

No Brasil, é difícil precisar sobre as questões relacionadas à saúde das prostitutas, uma vez que a própria saúde pública tem dispensado pouca atenção aos problemas inerentes a esse público, em parte devido ao estigma, conjecturados nos poucos estudos que abordam a prostituição.

Segundo Afonso Passos (2004), os estudos sobre as prostitutas são geralmente específicos na área de IST/AIDS, no que tange a epidemia e/ou ao processo reprodutivo. Sendo essa a razão pela qual estudos sobre o cuidado das prostitutas se estabelecem em associação entre a PAISM³ e o Programa Nacional de IST/AIDS e Hepatites Virais, não garantindo o acesso à saúde de forma ampla, mesmo com a implantação da Política Nacional de Atenção Integral de Saúde das Mulheres - PNAISM (2004) e a concepção de integralidade defendida desde a Reforma Sanitária, e a implantação do SUS, há uma desproteção e desassistência às necessidades dessas mulheres.

Sobre a estreita relação da prostituta com as infecções sexualmente transmissíveis, corroboro com o pensamento de Elisiane Pasini (2011, p.172) ao aludir que: “as prostitutas não são apenas suas genitálias, portanto, não é possível construir políticas públicas de saúde sem compreendê-las enquanto sujeitos sociais e, portanto, com direitos ao acesso integral à saúde”. Não estou dizendo que as prostitutas não têm acesso aos serviços, mas que as medidas e ações ofertadas ainda não produzem o efeito necessário para a satisfação das necessidades e a garantia do direito à saúde.

Desse modo, para Gabriela Leite (1992), é importante questionar o olhar reducionista que o governo apreende as prostitutas, como sinônimo de genitália, colocando-as, mais uma vez, associadas

²Mercadoria - nome que se dá a todo objeto ou produto que é comprado e vendido, portanto ela tem um preço ou valor.

³Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher.

às IST. Portanto, existe a necessidade de restaurar o diálogo com o governo para uma articulação com os diferentes setores, na perspectiva de melhorar o acesso aos serviços.

Sobre a questão do cuidado, alguns estudiosos(as) utilizam o termo “acesso”, outros(as), o termo “acessibilidade”, empregados de forma ambígua e intercalada, considerado um conceito complexo, variando inclusive na sua terminologia. Segundo Rosana Campos *et al.* (2014), de forma ampliada, a acessibilidade aos serviços de saúde tem sido abordada na literatura como um dos principais problemas relacionados à assistência, tornando evidente que esse processo está associado diretamente com a consolidação do próprio SUS. Elisiane Pasini (2011) reforça que deve haver uma relação direta com a efetivação dos princípios do SUS e a resolutividade dos serviços, de modo que a oferta seja suficiente às necessidades da população no momento da procura pelo atendimento.

Para Raquel Sanchez e Rozana Ciconelli (2012), o conceito de acesso à saúde representa a possibilidade de escolher os serviços relacionados à sua disponibilidade, quando da procura e aceitabilidade dos(as) usuários(as). Já a acessibilidade é considerada como uma das dimensões do acesso. Antônio Mendes (2010) menciona que o acesso é um importante componente no momento em que se efetiva o processo de busca e obtenção do cuidado.

Avedis Donabedian (1988) considera que:

Acessibilidade é algo adicional à mera presença ou disponibilidade do recurso em um dado momento e lugar, podendo ser distinta em duas classes: a sócio organizacional e a geográfica. A primeira refere-se aos aspectos estruturais (funcionamento) dos serviços que interferem na relação destes com os usuários, por exemplo, o tempo de espera para o atendimento. São recursos de caráter não espacial que facilitam ou obstaculizam os esforços do cliente para obter atenção. A segunda pode ser medida pela distância e tempo de locomoção, custo da viagem, dentre outros (Donabedian, 1988).

Não há dúvidas que o acesso das prostitutas aos serviços de saúde, quando ocorre, tem sido estabelecido através de certa invisibilidade. O estudo de Rodrigo Serafim *et al.* (2002) confirma que essa invisibilidade é somada a uma série de inadequações dos serviços no atendimento a essas mulheres, o que reforça comportamentos preconceituosos, que de certo modo “punem” as prostitutas, comprometendo a luta pelo direito de acesso aos serviços de saúde. Nessa direção, precisamos refletir sobre os sentidos construídos por esse grupo populacional, sobre o que pensam e sentem em relação à saúde integral e como organizam estratégias individuais e/ou coletivas para terem acesso ao SUS.

Sobre o Sistema Único de Saúde/SUS, Jairnilson Paim (2008) o define como um sistema institucionalizado, resultado da mobilização social de estudantes, profissionais de saúde, diversos setores populares, professores(as) e pesquisadores(as), que defendiam o direito à saúde. Essa mobilização antecede a sua inclusão na Constituição Federal de 1988, na qual a saúde é apresentada como direito fundamental do ser humano, cabendo ao poder público (União, Estados e Municípios) garantir o direito através de políticas sociais e econômicas que visem a redução do binômio

adoecer/morrer, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação.

A implantação do SUS, na década de 1990, caracterizou-se como fundamental para garantia e ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, baseado nos princípios da equidade e universalidade sem qualquer tipo de discriminação. Para Gilson Carvalho (2013), no Brasil, as mulheres são a maioria da população e as principais usuárias do SUS; utilizam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, como também acompanhando outras pessoas - filhos(as), pais, etc.

Com as prostitutas não é diferente, uma vez que são mães e também filhas. Desse modo, vale ressaltar que a situação de saúde não deve ser analisada isoladamente e sim envolvendo diversos aspectos da vida, como: a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação, as condições de trabalho, moradia e renda, considerados determinantes sociais da saúde.

Para Iara Silva (1985), o acesso aos serviços de saúde pública está diretamente relacionado às condições de vida das pessoas; o nível de capacitação e preparo das(os) profissionais de saúde; bem como às condições de trabalho destes profissionais. Com relação ao acesso aos serviços pelas prostitutas, não pode ser discutido apenas sob a dimensão geográfica (de regionalização dos serviços), e sim pelas questões econômicas, a demanda e oferta dos serviços, a forma como as mulheres produzem e reproduzem sua saúde e como os serviços as recebem. Ou seja: as questões sobre o acesso à saúde por parte das prostitutas são agravadas pela posição de gênero, pela própria vulnerabilidade feminina frente a algumas doenças, e a situação de discriminação e preconceito presentes na sociedade brasileira, que percebe a prostituição como uma atividade que a provoca e a ameaça. Daí surge o estigma que se apresenta como um instrumento que compromete o exercício de relações humanas igualitárias.

Retomando a discussão sobre estigma e tendo por base Erving Goffman (1988), que o define como uma característica do sujeito transformada socialmente em atributo negativo, que o desqualifica e cria obstáculos para seu acesso aos bens materiais e simbólicos, argumentando que a escolha das marcas que vão operar como estigmas não é arbitrária; ela ocorre na intercessão de uma situação, característica ou comportamento com eixos sociais de produção de desigualdades, como: gênero, raça/etnia, classe social, sexualidade, dentre outros.

Goffman (1988) ressalta, inclusive, que a forma como o indivíduo se apresenta na sociedade é a sua identidade social, podendo ser real ou virtual. A primeira diz respeito às características que o indivíduo se identifica, e a virtual é relativa às características estabelecidas por outras pessoas ao sujeito. Nessa perspectiva, o estigmatizado é o indivíduo “marcado”, “poluído” e que, portanto, deve ser evitado. É como uma espécie de característica que reflete na forma de como a sociedade dita “normal” desacredita e sente no direito de discriminar e marginalizar as prostitutas, por exemplo. É

justamente esse processo de exclusão social que produz comportamentos diferenciados por marcas negativas na identidade social.

Na verdade, o estigma alimenta na prostituta a redução de acesso aos serviços e cuidados em saúde, o acesso às informações e recursos sobre saúde e a possibilidade de viver como cidadã de direitos. Não há dúvidas que o estigma atua com maior ou menor eficácia nas interações sociais, a depender da intensidade com que os eixos de produção de desigualdade operam em cenários específicos.

Em contextos mais igualitários, a produção e disseminação de processos de estigma tende a ser menos expressiva, o que não é o caso das prostitutas que trazem demandas específicas no âmbito da saúde, que não estão restritas às práticas sexuais desprotegidas, mas ao atendimento que é oferecido às mulheres em situação de prostituição, de forma integral, desde a chegada às unidades de saúde até a efetivação do atendimento e satisfação das suas necessidades. Não se pretende aqui, travar uma arena de reivindicações que não nos transporta a lugar algum, e sim que possamos ter, enquanto ser social, o respeito e a ética aos direitos constitucionais.



“Não quero ter a terrível limitação de quem vive apenas do que é passível de fazer sentido. Eu não: Quero é uma verdade inventada” Clarice Lispector.

PARTE III

OBJETIVOS DA PESQUISA

GERAL

Compreender os sentidos produzidos por prostitutas sobre o direito à saúde integral e o acesso às Unidades do Sistema Único de Saúde– SUS.

ESPECÍFICOS

Conhecer os sentidos produzidos pelas prostitutas sobre o direito à saúde integral considerando pertencimentos de gênero, classe social, raça/cor;

Identificar as estratégias utilizadas pelas prostitutas para o acesso às unidades de saúde do SUS;

Analisar os sentidos produzidos pelas prostitutas sobre o processo de estigmatização vivenciado no dia-a-dia.



“Se eu pudesse lhe dar alguma coisa na vida, eu lhe daria a capacidade de ver a si mesmo através dos meus olhos. Só então você perceberia como é especial para mim” Frida Kahlo.

PARTE IV REFERENCIAL TEÓRICO

Para Kenneth Gergen (1985), o construcionismo é uma forma de investigação social que “(...) preocupa-se principalmente em explicar os processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam ou dão conta do mundo (incluindo elas mesmas) no qual elas vivem” (1985, p. 266).

A história do construcionismo social está inserida no contexto do desenvolvimento da ciência, e sua emergência pautada por três críticas ao fazer científico: a crítica social, a ideológica e a retórico-literária.

A primeira, pautada nas reflexões de Marx, Weber, Scheler e Karl Mannheim, preocupa-se com a forma como o conhecimento é cultural e historicamente situado, ou seja: como os processos micro sociais presentes na produção científica são interpretados; a segunda, com forte identificação com a ‘teoria crítica’ da Escola de Frankfurt - Horkheimer, Adorno, Marcuse, Benjamin, etc., mesmo sob orientação marxista original, estende-se a diversos setores das ciências humanas; e a terceira busca mostrar como as descrições e explicações científicas são determinadas pelas regras de apresentação literária, as quais absorvem o objeto de tais descrições, fazendo-o perder seu status ontológico e sua independência do processo descritivo.

Gergen (1999) destaca também que o construcionismo é uma perspectiva complexa que se articula em torno de quatro questões: 1. A especificidade cultural e histórica das formas de se conhecer o mundo: a linguagem produz um mundo construído a todo o momento sob condições socio- históricas concretas dos sistemas de significação; 2. As explicações sobre o mundo e os significados construídos pelos relacionamentos humanos são resultantes do uso social nesses relacionamentos (trocas, historicamente situadas entre as pessoas); 3. A relação existente entre as diferentes formas de descrição do mundo e de ação social: as descrições e explicações que temos sobre o mundo são partilhadas como verdadeiras, sustentando a nossa forma de viver e agir no mundo; 4. A promoção de uma postura crítica e reflexiva constante sobre as formas de descrever o mundo.

Estas questões da perspectiva construcionista do conhecimento trazem uma série de implicações para o “fazer científico”: a primeira é a alteração da concepção de conhecimento como representação, ou seja, o conhecimento deixa de ser visto como gerado na mente individual e passa a ser entendido como produzido na relação entre as pessoas; a segunda implicação é uma crítica às ciências empíricas e idealistas, marcadas pela dualidade e possíveis conflitos sujeito/objeto, bem como aponta para a superação dessa dicotomia; a terceira produz um questionamento sobre o real, atribuindo uma nova reflexão sobre o que vem a ser a verdade e a objetividade (repensadas a partir de critérios éticos, de coerência, inteligibilidade, rigor e consequências trazidas pelo conhecimento gerado). Desse modo, as questões acima elencadas reforçam uma visão de ciência enquanto produção socio-histórica, na qual questiona uma oratória da verdade objetiva, universal e que nega a história.

Thomas Ibáñez (1994) refere que para ter uma postura construcionista, várias desconstruções devem ser adotadas para entender o conhecimento, uma delas é a dicotomia entre sujeito/objeto, uma vez que ambos são vistos como construções sociais e as implicações com relação aos pressupostos básicos da atividade científica. Sejam eles pressupostos ontológicos – não existem objetos naturais; epistemológicos - o conhecimento não representa a realidade, pois não é possível distinguir entre o mundo e o nosso conhecimento sobre ele; pressupostos metodológicos - a pesquisa tem postura desreificante, desnaturalizante, desessencializadora que radicaliza a natureza social do mundo vivido e a historicidade das práticas. A segunda desconstrução é da retórica da verdade, da verdade transcendental, pois a verdade no Construcionismo é a verdade das nossas concepções, instituições, relações e acordos sociais situadas historicamente.

Para Lupicínio Íñiguez-Rueda (2003), o movimento construcionista é caracterizado por uma postura crítica, de questionamento daquilo considerado como óbvio ou natural, consolidando-se em verdade que não se altera, estabelecendo, a seguir, alguns sinais como forma de adotar uma postura lógica para esta perspectiva: antiessencialista – quando as pessoas e o mundo não possuem uma essência ou uma interioridade, e sim constituídos nas práticas sociais; antirrealismo - a realidade existe através de construções coletivas, permitindo uma atitude relativista e o contínuo questionamento de verdades. Não é que se viva sem “verdades”, mas entender que elas são versões construídas de diferentes maneiras, em diferentes épocas e para atingir diferentes propósitos.

Segundo Mary Jane Spink (1999), as pesquisas construcionistas dão ênfase às produções discursivas no cotidiano com três ideias centrais: interesse da forma como as pessoas constroem a “realidade”, a linguagem como construtora dessa "realidade" e a compreensão da linguagem como uma prática social.

A autora salienta que trabalhar com a linguagem é compreender como as pessoas produzem sentidos e posicionam-se nas relações sociais cotidianas, sendo que as práticas discursivas são constituídas da dinâmica, das formas, dos conteúdos e dos repertórios linguísticos. Tais repertórios são “o conjunto de temas, descrições, lugares-comuns – que demarcam o rol de possibilidades de construções discursivas, tendo por parâmetros o contexto em que essas práticas são produzidas e os estilos gramaticais específicos”, como definem Mary Spink e Benedito Medrado (2013, p. 7).

A produção de sentidos é o meio para traduzir formas de ver e pensar o mundo, como um descortinar da realidade, ressignificando o cotidiano como força motriz da sociedade em busca de mudança social. De acordo com esta forma de idealizar a linguagem, é a partir dos momentos interativos entre as pessoas, que elas continuamente reagem umas às outras espontânea e praticamente, através de uma compreensão ativa e responsiva. Dessa forma, é possível compreender

como as pessoas se constroem. A ênfase é posta no estudo do processo de conhecer e responder ativamente às outras pessoas.

Para Carla Guanaes (2006), o Construcionismo Social é um movimento em permanente construção, que desponta no final do século XX e início século XXI, lançando seu foco sobre processos relacionais e discursivos com os quais as pessoas constroem a si mesmas e o mundo em que vivem. Tudo isso baseadas em duas concepções: uma, que se refere ao lugar ocupado pela linguagem e, outra, à crítica as verdades absolutas. No entanto, a própria autora nos adverte a respeito da diversidade das propostas sob o rótulo construcionista:

É importante ressaltar, contudo, que o termo construcionismo social não traduz um campo homogêneo, constituído por estudos que partilham o mesmo conjunto de sentidos. Ao contrário, existe uma grande variedade de propostas construcionistas, nem sempre concordantes entre si (Guanaes, 2006, p. 23).

Marilene Grandesso (2011) reforça que o conceito de Construcionismo Social é complexo e possui várias dimensões, embora surja como alternativa à forma cientificista de relação com o conhecimento, trazendo uma proposta diferente daquela de acessar as verdades e as informações corretas por meio do conhecimento empírico. Assim, não é aceitável no construcionismo uma definição imutável sobre as coisas, uma vez que todos os significados são construídos socialmente por meio da linguagem e, portanto, devem ser contextualizados.

Os sentidos construídos por prostitutas se apresentam ora na reprodução, ora em situações de resistência aos estigmas sociais que estão relacionados ao trabalho sexual pelo conhecimento biomédico desde o século XIX. Isso significa que mesmo reconhecida como profissão, a prostituição permanece limitada pelo Estado brasileiro, principalmente na área da Saúde, associada à doença biológica, comportamental e social, gerando inúmeros desconfortos, inclusive fatores como indecisão e receio de julgamentos, associados à baixa oferta de serviços, refletindo no acesso às unidades de saúde e na dificuldade de estabelecimento de vínculos na rede de atenção, portanto na garantia do direito à saúde. Tal contexto nos possibilita discutir sobre prostituição e suas interfaces.

PROSTITUIÇÃO E SUAS INTERFACES

Para Adriana Piscitelli (2013), a prostituição é considerada um fenômeno social que existe desde várias civilizações antigas, comumente encontradas em diversas sociedades. Embora a prática continue sendo realizada nos dias atuais, dividindo espaços com vários serviços sexuais encontrados

em bordéis, boates, bares e saunas, marcados pela “mercantilização”⁴ do erótico, ainda se atrela a prostituição à degradação, desonestidade e falta de autonomia.

Miyuki Tomura (2009) discute que, no geral, as mulheres que praticam a prostituição, estão expostas constantemente a diversos fatores, como a submissão e, sobretudo, ao uso abusivo de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas), além de vivenciarem um contexto de agressões, abusos, humilhações/ofensas, incluindo-as no grupo de pessoas vulneráveis e estigmatizadas.

A vulnerabilidade, aqui, é considerada como uma conjunção de fatores, sobrepostos de diversas maneiras e em várias dimensões, de modo a tornar o indivíduo e/ou grupo mais suscetível, como destaca Franz Bruseke (2006). Já o estigma, que tomamos de empréstimo, para Monteiro e Vilela (2015), é definido como um atributo negativo ou depreciativo, que torna o sujeito diferente, diminuído ou possuidor de alguma desvantagem, passando a ser considerado um processo social capaz de reduzir o acesso à saúde por parte de indivíduos e/ou grupos estigmatizados.

Portanto, não há dúvidas que as mulheres foram e ainda são marginalizadas em uma sociedade marcada pelo patriarcado e pelo sexismo⁵, visto que o capitalismo incorporou estas categorias como estruturantes das relações sociais, aprofundando a divisão sexual do trabalho e fortalecendo valores e visão de mundo de forma hierárquica. Para Simone de Beauvoir (1980), nesse contexto, a noção de feminilidade definida pelos homens converte as mulheres em objetos e presas, em se tratando das mulheres prostitutas a situação torna-se naturalizada tanto pela sociedade quanto pelo Estado.

Dolores Juliano (2004) afirma que a estigmatização das mulheres prostitutas também está associada à interseccionalidade⁶ das discriminações de gênero, classe social, raça/etnia e preconceitos religiosos.

Para Monteiro e Vilela (2015) há uma relação estreita entre estigma, prostituição e saúde: visto que estereótipos de gênero promovem uma dupla moral em relação ao exercício da sexualidade. O que implica dizer que as prostitutas prestam serviços sexuais para que os homens tenham prazer, reforçando a masculinidade na qualificação do suposto “privilégio masculino” e desqualificação da mulher que se prostitui.

Soraya Januário (2016) aponta várias correntes do feminismo, entretanto os principais pressupostos teóricos do feminismo radical são fornecidos por Shulamith Firestone na obra *A*

⁴Segundo o Dicionário Aurélio, mercantilização é ação ou ato de mercantilizar. Fazer com que seja comercializado, transformar alguma coisa em mercadoria. Para Sandra Lemos (2015) apud Maia, Chacham e Lopes (2002), o trabalho sexual refere-se à prática de comercializar serviços de natureza sexual e não de “venda do corpo”.

⁵Sexismo - substantivo masculino. Atitude de discriminação fundamentada no sexo. Sexismo é o ato de discriminação e objetificação sexual, é quando se reduz alguém ou um grupo apenas pelo gênero ou orientação sexual.

⁶Interseccionalidade é pensada como uma categoria teórica que focaliza múltiplos sistemas de opressão, em particular, articulando raça, gênero e classe.

Dialética do Sexo (2003) e por Kate Millett (1970) na obra *Política Sexual*, sendo ainda retomada a influência da obra de Simone de Beauvoir (1980), que mesmo com perspectivas diferentes, as autoras⁷ defendem que a opressão feminina dispunha na sua base uma construção social, descartando assim, qualquer possibilidade de buscar raízes no determinismo biológico.

Kate Millett (1970), estudiosa feminista, menciona que o patriarcado é considerado um sistema, sendo analisado numa perspectiva política na qual tanto o poder quanto o próprio patriarcado⁸ pressupõem a prioridade natural do macho sobre a fêmea. Assim, de modo geral, a construção social da mulher é explicada pela diferença sexual associada à dominação e submissão ao homem, ou seja, relacionada à questão da inferioridade e da incapacidade de igualar os sexos, permeada pelos diversos tipos de relações de poder existentes como nos adverte Joan Scott (1994).

Na verdade, há duas questões que explicam o conceito de gênero e a forma como as relações entre os sexos são estabelecidas no decorrer da história: uma, sobre ao conceito de gênero baseado nas diferenças percebidas entre os sexos; e outra como uma forma primeira de significar as relações de poder. Portanto, gênero:

[...] tem duas partes e diversas subpartes. Elas são ligadas entre si, mas deveriam ser distinguidas na análise. O núcleo essencial da definição repousa sobre a relação fundamental entre duas proposições: gênero é um elemento constitutivo das relações sociais, baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e mais, o gênero é uma forma primeira de dar significado às relações de poder (Scott, 1994, p. 13).

Historicamente, e até nos tempos atuais, a relação entre homem e mulher sempre esteve baseada em funções diferentes, nas quais os homens são favorecidos e têm oportunidades de modo desigual em relação à população feminina, concluem Carla Silva e Octavio Vargens (2009). Outra questão que merece destaque é a visão da sociedade como um todo sobre a prostituição. Encontramos tanto discursos permeados de valores morais, que preconizam o fim da atividade, quanto os que relacionam as prostitutas à pobreza e à sua exclusão como resultantes da falta de oportunidades provenientes das desigualdades sociais, destaca Guacira Louro (2001). E ainda devemos lembrar as provenientes do pertencimento racial.

⁷Partiram da “teorização centrada na mulher” com base nas respectivas vidas e experiências para criar conceitos básicos. Foi à luz das teorias marxistas e da psicanálise que Firestone (2003) e Millett (1970) desenvolveram conceitos fundamentais para a análise feminista no que respeita à teoria do patriarcado, gênero e desigualdade sexual.

⁸O patriarcado é um sistema social, político e econômico, no qual os homens controlam, individual e coletivamente, o trabalho, o corpo e a sexualidade das mulheres. São valores, regras, normas e políticas que se baseiam na suposição de que existe uma superioridade natural dos homens como seres humanos. Este sistema consagra o poder masculino, engendra violências e exclusões, e imprime ao capitalismo atual um viés extremamente sexista. Assim, capitalismo e Patriarcado se alimentam reciprocamente e se fortalecem mutuamente para manter a grande maioria das mulheres em uma situação de inferioridade cultural, desvalorização social, desigualdade econômica, invisibilidade de sua existência e de seu trabalho, mercantilização de seus corpos (Kate Millett, 1970).

Desse modo, as mulheres que se prostituem são vistas, até os dias atuais, como pessoas com comportamentos desviantes e certamente com menor acesso a direitos e recursos, o que aumenta de forma significativa a vulnerabilidade a vários agravos, principalmente os relacionados à saúde sexual e mental. Nas palavras de Benjamin Ferreira (2009):

Incidem sobre as prostitutas as piores qualificações, porque é uma atividade das sombras, de um domínio ambíguo e perigoso, sistematicamente usado e explorado, mas ao mesmo tempo evitado, por ser degradante e até criminoso. No entanto, quando se observam suas especificidades, verifica-se que a prostituição se realiza de maneira similar ao modo de organização do trabalho legal, das empresas e das instituições, com suas regras e sua lógica (Ferreira, 2009, p. 15).

Não há dúvidas de que as prostitutas compõem um grupo populacional à margem da sociedade, e são conseqüentemente excluídas de políticas públicas que asseguram a efetivação dos direitos humanos. E mesmo considerando uma maior organização política das prostitutas ao longo dos tempos, e um bom nível de esclarecimento das participantes deste estudo, é possível destacar que o maior desafio do movimento social de mulheres prostitutas está centrado na busca de aceitação e do respeito.

Desse modo, a investigação se apresenta com a seguinte pergunta: quais os sentidos construídos pelas prostitutas em relação ao direito à saúde integral? Em seus possíveis desdobramentos, podemos ainda refletir: o que elas entendem por saúde integral? Como são recebidas pelas(os) profissionais de saúde? Como a identidade de ser prostituta repercute e se articula com outros aspectos da sua existência na busca à saúde? Quais as estratégias utilizadas para o acesso às unidades de saúde da Atenção Básica? Quais narrativas são construídas sobre direitos à saúde integral, considerando as situações concretas que vivenciam? Estes são questionamentos que nos permitem compreender as narrativas, a relação estabelecida do viver em sociedade e o processo de exclusão no qual essas mulheres são submetidas. Daí destaco a importância em discutir interseccionalidade e seus devidos marcadores quando da violação do direito ao acesso à saúde e seus equipamentos.

INTERSECCIONALIDADE

O termo “interseccionalidade” foi usado em 1989 pela feminista Kimberlé Crenshaw e se refere à preocupação em entrelaçar distintas formas de diferenciações sociais e de desigualdades. O conceito de interseccionalidade propõe compreender como a articulação das diferentes categorias sociais (classe social, gênero, raça/etnia, cor, sexualidade, corpos, entre outras) estão inter-relacionadas e estruturam a vida das pessoas, produzindo desigualdades e injustiças. Ele surge como resposta à rejeição da categoria mulher em detrimento de um discurso hegemônico que privilegiava

a imagem de mulheres brancas, heterossexuais e de classe média alta como referência para o projeto feminista, e que, simultaneamente, invisibilizava mulheres negras, indígenas, lésbicas, pobres e não ocidentais.

Segundo a perspectiva de Crenshaw (2002, p.177), interseccionalidade é:

Uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcado, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento.

Para Adriana Piscitelli (2008, p.268), na abordagem construcionista, os indivíduos tornam-se sujeitos e, ao invés de estarem submetidos a um poder soberano, são oferecidas possibilidades nas quais “os marcadores de identidade, como gênero, classe ou etnicidade não aparecem apenas como formas de categorização exclusivamente limitantes, esses oferecem simultaneamente, recursos que possibilitam a ação”. Portanto, é possível compreender que as categorias interseccionais buscam oferecer ferramentas analíticas para apreender a articulação de múltiplas diferenças e desigualdades. Segundo Patrícia Collins e Sirma Bilge (2021), a interseccionalidade surge engajada na “liberdade, equidade, justiça social e democracia participativa”, lidando com mudanças da militância intelectual assentada nos incorretos contextos materiais, sociais e intelectuais ditados pelo neoliberalismo.

A interseccionalidade é um dos eixos fundamentais do feminismo decolonial, pois abriu um enorme leque de novas possibilidades de análise e atuação do feminismo. Para Akotirene, “a interseccionalidade instrumentaliza os movimentos antirracistas, feministas e instâncias protetivas de direitos humanos a lidarem com as pautas das mulheres negras” (2018, p.57).

Portanto, para a autora, a interseccionalidade deve ser tratada através de um olhar analítico e metodológico sobre o intercâmbio estrutural e seus resultados jurídicos e políticos. Lélia González (2020) vai além e defende a ideia de olharmos e analisarmos com profundidade como as categorias se articulam com as mais diversas formas de opressão e de hierarquização dos sujeitos, em especial da mulher negra e periférica latino-americana, identificando que mesmo pertencendo a diferentes sociedades do continente, temos conhecimento que o sistema de dominação é o mesmo em todas elas, ou seja, o racismo.

Patrícia Collins (2020, p.16) define que:

A interseccionalidade investiga como as relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais na vida cotidiana. Como ferramenta analítica, a interseccionalidade considera que

as categorias de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária – entre outras – são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente. A interseccionalidade é uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas.

A abordagem interseccional traz questões sobre como o encontro de diferentes fatores, categorias e/ou marcadores sociais repercute direta ou indiretamente em cada sujeito e/ou grupo a depender do contexto analisado. Eles não se manifestam como elementos distintos e/ou excludentes, ao escolher as categorias e níveis de análise considerando as causas e os efeitos da opressão: “reconhecendo sempre que a especificidade histórica e contextual distingue mecanismos que produzem, estabilizam, perpetuam e naturalizam desigualdades sociais por diferentes divisões categoriais” (Mattos, 2011, p. 3).

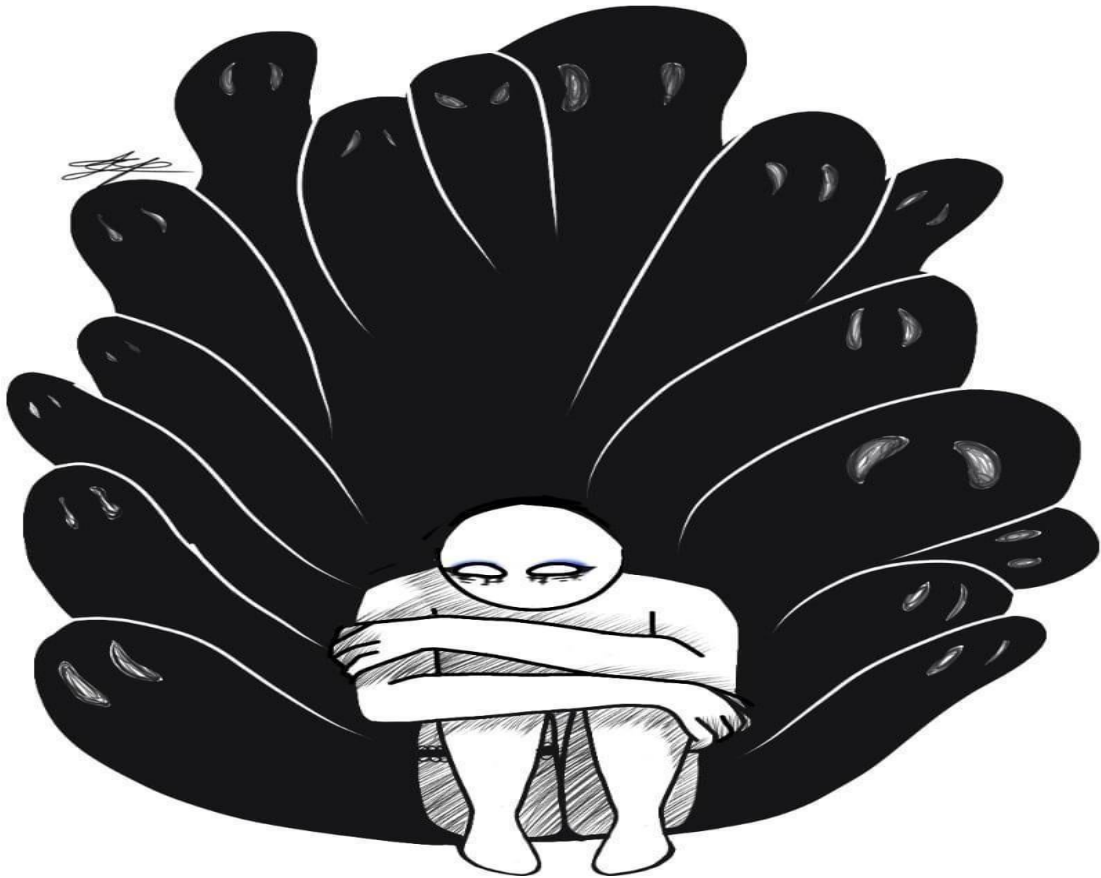
Avtar Brah (2006) analisa de forma macro, considerando subjetividade e identidade para compreender as dinâmicas de poder na diferenciação social, ou seja, como as formas específicas de discursos sobre a diferença se constituem, são contestadas, reproduzidas e (re)significadas, pensando na diferença como experiência, como relação social, como subjetividade e como identidade.

Corroboramos com Piscitelli (2008), Mattos (2011), Góes (2017) e Collins (2020) com base nos estudos de Brah (2006), que destacam os enfoques dinâmicos e relacionais da identidade social, marcada pela visão de poder apresentada por Gramsci, de lutas contínuas em torno da hegemonia, e o trabalho com a noção de articulação que estabelece uma relação entre elementos, de maneira que sua identidade se modifica como resultado da prática articulatória. Ou seja, na linha de abordagem construcionista, os indivíduos tornam-se sujeitos capazes de alterar as relações de poder, pois este não é soberano. Os marcadores de gênero, classe e/ou etnicidade não são apenas formas de categorização exclusivamente limitantes, mas com conflitos e pontos de resistência.

Não há dúvidas que historicamente o lugar da prostituição no país, desde o Brasil Colônia até os dias atuais, foi ocupado por mulheres negras, sempre expostas as opressões estruturantes da sociedade de modo interseccional, mesmo tendo o racismo como elemento central. Escolher não utilizar a categoria raça para entender o fenômeno da prostituição permite a manutenção das violências que geralmente atingem as mulheres negras.

Juliana Góes (2017) destaca que a prostituição, além de estar envolvida em opressões de classe, raça, idade e suas combinações, não deve ser vista somente através da análise da sexualidade, mas como um fenômeno complexo que agrega opressão e resistência, inserido em contextos sociais que envolvem a intersecção de diferentes matrizes de dominação. Assim, a desigualdade social, sob a ótica interseccional, deve ser analisada através das interações entre as várias categorias de poder. Desse modo, a relacionalidade impacta todos os aspectos interseccionais, uma vez que abrange uma estrutura analítica que muda o foco da oposição entre as categorias para suas interconexões.

No caso das prostitutas deste estudo, as questões mais relevantes da interseccionalidade refletem situações particulares desse grupo em contexto social específico, e que não é distante do contexto macro de sociedade. Considerando que os marcadores interseccionais são construídos com base em sistemas hierárquicos, em níveis de assimetrias, discriminação e desigualdades, são mulheres, prostitutas, negras e pobres em um Estado marcado pela história de escravidão e colonialismo.



“Não é o que você faz, mas quanto amor você dedica no que faz, que realmente importa”
Madre Teresa de Calcutá.

PARTE V

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória, com desenho qualitativo na perspectiva da psicologia social construcionista, na qual a realidade não é determinada pela natureza das coisas, mas construída em situações concretas, nas práticas e, principalmente, nas relações sociais ao longo da história. A escolha do construcionismo se justifica por analisar a produção de sentidos no cotidiano, possibilitando a pesquisa misturar-se aos coletivos, compreendendo cada contexto em sua particularidade.

Os procedimentos a serem utilizados na pesquisa foram definidos desde março de 2020, quando iniciou a pandemia da covid-19 e o distanciamento social solidário/científico foi instalado. Na incerteza do tempo de duração da pandemia, houve a necessidade de adequação dos instrumentos de produção de informações: as rodas de conversa foram suspensas, as entrevistas foram realizadas através do WhatsApp, da mesma forma que o Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE foi encaminhado para conhecimento e aprovação. Caso a prostituta manifestasse interesse em participar do estudo, assinaria o Termo posteriormente. Entretanto, ressalto que, nesse momento, os TCLE das sete entrevistadas estão devidamente assinados.

O estudo teve como foco a produção de sentidos, a análise dos significados, cuja ênfase é a linguagem em uso. Mary Jane Spink (2000, p.41) define sentido como “[...] uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com situações e fenômenos a sua volta”. Ou seja, as práticas discursivas possuem uma localização espaço-temporal, na qual os sentidos que estão sendo produzidos pelas pessoas são marcados pela história.

Para Tomás Ibáñez (1993, 1994), as concepções que as pessoas podem ter sobre os fenômenos que constituem a realidade social decorrem da condição que essas pessoas possuem de poder nomeá-los a partir da linguagem. Sendo assim, as entrevistadas deste estudo se colocam familiarizadas com as práticas de saúde das unidades, suas diretrizes norteadoras, e o não atendimento às demandas apresentadas, ou seja, a prevalência de práticas pouco inclusivas e que também não respondem aos princípios do SUS.

ENTREVISTAS

As entrevistas foram realizadas nos meses de dezembro de 2020, janeiro e fevereiro de 2021, via WhatsApp, uma vez que, devido à pandemia, esse era o meio de comunicação mais acessível e utilizado pelas prostitutas. O roteiro (Apêndice 1) contemplou: dados sociodemográficos; aspectos da vida pessoal e profissional; as relações de afetividade desenvolvidas entre as prostitutas no trabalho, com amigos e familiares; tempo na prostituição; conhecimentos e habilidades relativos à saúde, e ao objeto da investigação propriamente dito, que é o direito de acesso aos serviços do SUS e as estratégias utilizados para o acesso.

A efetivação das entrevistas necessitou de alguns cuidados, tais como: tempo de duração, para não torná-las cansativas; busca da confiabilidade e segurança da rede de internet, com sinal adequado para evitar interrupções; aparelho de celular com qualidade (vídeo e áudio) para que o diálogo não fosse prejudicado; privacidade do ambiente (mínimo de ruído), para melhor compreensão da pesquisadora e das entrevistadas.

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo se fundamenta na Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde - CNS, com parecer substanciado do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, número 4.454.995 de 10 de dezembro de 2020 (Anexo 2), respeitando os critérios de confidencialidade, privacidade e proteção da imagem das participantes, assegurando o sigilo e o anonimato das mesmas. Os possíveis desconfortos causados pela pesquisa foram avaliados e redimensionados, por exemplo: a possibilidade de alguém estar na residência ouvindo o diálogo, sendo necessário respeitar os horários informados pelas prostitutas para realização da pesquisa.

A garantia da preservação da privacidade, confidencialidade e do anonimato das participantes estava expresso no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 2), que foi enviado às participantes, com posterior assinatura, permitindo a realização das entrevistas.

PARTICIPANTES

O vínculo com as prostitutas antecede a esta pesquisa, conforme descrito na trajetória profissional da pesquisadora. Entretanto, a seleção das entrevistadas ocorreu de forma voluntária após apresentação do projeto de pesquisa em um encontro de saúde com participação de vinte (20) prostitutas, das quais doze (12) se colocaram voluntárias, manifestando interesse pelo objeto de investigação. Por conta da covid-19 e posterior alteração no processo de coleta das informações (via WhatsApp), as entrevistas foram realizadas com sete (07) prostitutas, autodeclaradas cisgênero, pois as demais apresentaram, dentre outras dificuldades, pouca disponibilização de internet.

Utilizamos como critérios de inclusão: morar e/ou trabalhar no Centro Histórico de Salvador, ter no trabalho com o sexo sua ocupação principal; ter sido atendida e/ou buscar atendimento nas unidades de saúde do SUS; aceitar participar da pesquisa e assinar o TCLE.

Quando da análise e sistematização das informações para preservar a identidade das participantes, seus nomes são representados por nomes fictícios de pedras preciosas (por opção da pesquisadora) escolhidos aleatoriamente: Ágata (P1); Diamante (P2); Pérola (P3); Ametista (P4); Rubi (P5); Jade (P6); Safira (P7).



“Escrever sobre as mulheres preciosas deste estudo (Ágata, Diamante, Pérola, Ametista, Rubi, Safira e Jade) é mais do que “prestar contas” a uma atividade acadêmica; é ter plena convicção de estar falando de Mulheres Resistentes, com elevado grau de Coragem, Sabedoria e Liderança, mas, acima de tudo, imbuídas de Amor, Equilíbrio e Inteligência.”

Sandra Mendonça

PARTE VI ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Na perspectiva construcionista, a análise é um processo sempre em construção, inacabado, que produz sentidos na relação entre pesquisador(a) e pesquisados(as), de acordo com Mary Jane Spink e Maria Lúcia Lima (2013). Desse modo, a análise das informações aqui apresentadas está organizada a partir da transcrição sequencial e integral das entrevistas com prostitutas, com o objetivo de dar conta de uma realidade tomada como uma construção social dentro de uma especificidade histórica e cultural.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Entrevistamos sete prostitutas que se autodeclararam do sexo feminino, mulheres e negras, sendo cinco pretas e as outras duas pardas. As idades variaram entre dezenove (19) e cinquenta e oito (58) anos. Duas delas são solteiras, três têm companheiro fixo/namorado, uma é casada e outra viúva.

Sobre a renda mensal, todas elas recebem entre um salário mínimo e meio e dois salários, mas nenhuma delas chega a receber dois salários. (referência em 2020 do salário mínimo foi de R\$ 1.045,00 e 2021 R\$ 1.100,00).

As participantes destacam queda real de ganhos após instalação da pandemia da covid-19, essa queda é proveniente da diminuição significativa da quantidade dos programas sexuais, ou seja: sem programas não há pagamentos, apenas as prostitutas que possuíam clientes “fixos” recebiam algum dinheiro, mesmo com a impossibilidade de realizarem os programas.

“Fiquei muito tempo recebendo dinheiro sem fazer o programa, sei que foi por causa dessa doença maldita (covid-19), mas os meus clientes certos são pessoas boas, amigo mesmo, sabe? E como sabia das minhas dificuldades mim ajudava, e eu mesmo achando que não era certo, recebia o dinheiro porque tinha necessidade (Pérola).”

Sobre as cidades de origem, das sete, três são oriundas do interior da Bahia (Serra Preta, Serrinha e Valença), uma de outro Estado brasileiro (Sergipe) e três naturais de Salvador.

“Nasci em Serrinha – Bahia. Vim para Salvador com vinte e três (23) anos. Quando morava no interior, ainda não estava na prostituição. Vim para cá na esperança de ter uma vida melhor, arranjar um emprego, ter carteira assinada, essas coisas que todo mundo sonha. Mas não foi assim que aconteceu comigo. As coisas na cidade... é muito difícil, a gente pensa em uma coisa e é outra. Logo quando cheguei vim para casa de uns conhecido, mas tinha que trabalhar para assumir as despesas e o que consegui mais fácil foi fazer programas e cobrar pelo sexo... (Ágata).”

Este relato indica a existência no imaginário social da perspectiva de pessoas que residem em cidades menores, geralmente no interior do Estado, em buscar melhores condições de vida nas grandes cidades e/ou capitais: oportunidades de emprego e moradia nos centros urbanos. Entretanto, muitas vezes isso também acontece com prostitutas oriundas do interior, ou com mulheres que, ao

chegarem às cidades maiores, excluídas do mercado de trabalho e de acesso aos bens e serviços, ingressam na prostituição como uma alternativa de sobrevivência. Entretanto, é importante destacar que as dificuldades da vida não se apresentam necessariamente como o principal motivo para o ingresso na prostituição.

Quadro 2 - Características sócio-demográficas e marcadores sociais das entrevistadas

Entrevistadas	Filhos/as	Experiência em outras atividades profissionais	Escolaridade	Razões de trabalhar na Prostituição
Ágata (P1)	Não	Faxina, Passa Roupa, Diarista	Médio	Decisão Pessoal
Diamante (P2)	Não	Faxina	Sem Instrução	S/Qualificação
Pérola (P3)	Sim	Não	Fundamental	Influência de Amigas
Ametista (P4)	Sim	Não	Fundamental	Decisão Pessoal
Rubi (P5)	Não	Diarista	Médio	Influência de Amigas
Jade (P6)	Não	Não	Sem Instrução	“Sequelas” de Estupro
Safira (P7)	Sim	Não	EJA	Influência de Amigas

Fonte: Autoria própria (2023).

O tempo de exercício na atividade varia de quatro a quarenta 40 anos, e relacionam à entrada na prostituição a alguns motivos, tais como: duas por decisão pessoal; três por influência de amigas; uma, após ter sofrido estupro viveu durante anos se sentindo culpada em ter provocado o abuso pelo padrasto, até o momento em que a mãe e os irmãos descobrem o ocorrido e a coloca para fora de casa. Sem condições de se manter, ela começa a trabalhar com prostituição; e a última, associa a não possuir qualificação para outra colocação no mercado de trabalho, acreditando, no momento do ingresso, que seria a forma possível de “ganhar dinheiro” sem precisar de conhecimentos específicos.

Entretanto, como prolongamento das restrições pela covid-19, das sete entrevistadas, três trabalharam em outras atividades (empregada doméstica, diarista, faxineira e babá) para melhorar e/ou suprir a diminuição da renda por conta da baixa procura pelos serviços sexuais e, conseqüentemente, diminuição dos programas. Sobre a relação da covid-19 e a experiência das entrevistadas, aprofundaremos em momento oportuno.

Quadro 3 - Caracterização do perfil das entrevistadas

Entrevistadas	Raça/Cor	Estado Civil	Renda salarial	Sexo/Gênero	Tempo na Atividade	Idade
Ágata (P1)	Negra/Preta	Solteira	1 salário/meio	Feminino/Mulher	8 anos	27
Diamante (P2)	Negra/Parda	C/Companheiro	# 2 salários	Feminino/Mulher	10 anos	31
Pérola (P3)	Negra/Preta	Solteira	1 salário/meio	Feminino/Mulher	15 anos	38
Ametista (P4)	Negra/Preta	Viúva	1 salário/meio	Feminino/Mulher	40 anos	58
Rubi (P5)	Negra/Preta	C/Namorado	1 salário/meio	Feminino/Mulher	4 anos	19
Jade (P6)	Negra/Parda	Casada	# 2 salários	Feminino/Mulher	10 anos	27
Safira (P7)	Negra/Parda	C/Namorado	1 salário/meio	Feminino/Mulher	23 anos	41

Fonte: Autoria própria (2023).

No quadro 3, podemos observar que três delas possuem filhos(as). A escolaridade varia entre o primeiro e segundo grau: duas concluíram o ensino médio; uma concluiu a Educação de Jovens e Adultos (EJA); duas concluíram o ensino fundamental; e outras duas não possuem grau de instrução, mas sabem assinar o nome e ler frases curtas, escrevendo o que consideram essencial.

Assim, é possível identificar que as prostitutas, em sua maioria, encontram-se em situação de vulnerabilidade social. Ricardo Ayres *et al.* (2003) definem vulnerabilidade como resultado de aspectos coletivos e contextuais relacionados a maior ou menor probabilidade de exposição a doenças, violências, exclusões, etc.

Para José Miguel Olivar (2010), há dificuldades no exercício da prostituição que interferem na vida dessas mulheres, tais como: exposição a questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, oriundas ou não de Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST; abortos provocados; uso abusivo de Substâncias Psicoativas – SPA associadas à fragilidade de assistência e à saúde integral que, além de resultar em vulnerabilidades no dia-a-dia, também impacta no ambiente, nas relações de trabalho e, principalmente, nas condições de acesso aos serviços de saúde.

A seguir, descreveremos o formato de como foi desenvolvida a análise das informações, tendo como referência o roteiro das entrevistas, e, por conseguinte, as narrativas das entrevistadas, aparecendo quatro tópicos de análises: saúde e prostituição, uso abusivo de SPA, prostituição e trabalho, e reflexos da covid-19 na prostituição. Quando possível, relacionamos se há ou não distanciamento entre a Política Pública de Saúde e a assistência prestada às prostitutas, bem como as estratégias estabelecidas por essas mulheres na busca de acesso aos serviços de saúde. Por fim, estabeleceu-se diálogo com o referencial teórico tendo em vista a compreensão dos objetivos propostos.

Na realidade, os contextos sociais das mulheres na sociedade, e a compreensão do que é prostituição, está diretamente relacionada à cultura e tradições desenvolvidas no decorrer do tempo. Como dito anteriormente, em 2002 as prostitutas conseguiram a inclusão na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério de Trabalho e Emprego, caracterizando a prestação voluntária de serviços sexuais como ocupação. Mesmo com essa conquista, a prostituição sempre foi considerada como processo de luta por direitos, marcado por situações de conflitos.

Segundo Adriana Piscitelli (2013), a prostituição ainda é vista como atividade imoral, que além de vulnerabilizar as mulheres envolvidas, na maioria das sociedades contemporâneas, prevalecem os discursos oficiais discriminatórios.

No quadro 4, abaixo, organizamos as categorias criadas com a análise temática das entrevistas. Para cada uma delas, apresentamos a descrição sintética do que foi possível explorar na produção e análise das informações.

Quadro 4: Descrições das categorias produzidas na análise das entrevistas com prostitutas.

Saúde e Prostituição	Relatos sobre o acesso aos serviços de saúde especializados e na atenção básica por prostitutas; revelação ou não do status profissional na hora do atendimento por medo, vergonha, estigma e seus efeitos; a problemática do cuidado restrito às IST/HIV
Saúde, Prostituição e Trabalho	Vantagens e/ou desvantagens de revelar a condição de ser prostituta para o acesso à saúde integral; contexto de trabalho e a relação entre os agravos e o acesso de prostitutas aos serviços de saúde; repercussões do uso abusivo de Substâncias Psicoativas/SPA.
Prostituição e covid-19	Relações circunstanciais sobre a saúde das prostitutas no contexto da pandemia da covid-19; auxílio emergencial do governo, e Salvador por Todos.

Fonte: Autoria própria (2023).

SAÚDE E PROSTITUIÇÃO

É sabido que a saúde envolve diversos aspectos da vida, relacionados ao meio ambiente, lazer, alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. Entretanto, com relação às mulheres, as questões de saúde são agravadas pela discriminação nas relações de trabalho associada à sobrecarga do trabalho doméstico e a variáveis como: raça/cor, etnia e situação de pobreza, que realçam ainda mais as desigualdades.

No Brasil, em 2004, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM, priorizando um modelo assistencial da saúde da mulher em todas as fases de seu ciclo vital (clínica, ginecológica e educativa, com ênfase no pré-natal, parto e o puerpério; controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST, câncer uterino e mamário, e planejamento familiar).

Entretanto, mesmo considerando os avanços da PNAISM, na prática, a Política não desenvolve modelo assistencial integral e equitativo para saúde das mulheres, visto que ainda há carência no atendimento das reais necessidades, inclusive das prostitutas, tais como: um olhar para demais patologias desvinculadas das IST, horário de atendimento nas Unidades de Saúde, Educação em Saúde, Atenção Humanizada, etc. Além disso, a transformação das ações elencadas na Política

em práticas de saúde efetivas, capazes de contribuir para a garantia dos direitos humanos das mulheres, colocando-as como corresponsáveis e fiscalizadoras das ações.

A questão de gênero e os estigmas relacionados às mulheres prostitutas derivam das desigualdades sociais que contribuem para produzir regras e imposições de comportamento, com impactos na saúde. Tornou-se comum as mulheres prostitutas não buscarem atendimento nas unidades de saúde por não saberem a forma como seriam recebidas.

Entrevistadora: Conte um pouco sobre a relação estabelecida com o SUS, quais os serviços mais procurados e como ocorre o acesso a esses serviços.

Ametista: “Aqui é tudo muito difícil. Tudo foi mais fácil quando eu tava grávida. Hoje, um lugar atende melhor que outro... tem vezes que o pessoal é agressivo, grosso mesmo, sabe? Aí a gente fica sem graça... não sabe o que vai encontrar lá. Sou do tempo que o SUS nem existia, algumas coisas está melhor outras não. Só ia para o Posto quem trabalhava de carteira assinada, o resto não tinha direito a nada... Mas não é por que digo que não é como antes, que vou falar que tá bom.”

Jade: “Eu gostaria que as pessoas vissem a gente como gente, entende? Como mulher, que sente as mesmas coisas que outra mulher qualquer, porque essa é a pura verdade: eu não vou ter nada diferente da senhora só porque sou prostituta...”

Na verdade, o processo de exclusão vivenciado opera na redução do acesso aos recursos e serviços de saúde, o que resulta em violação de direitos, aumento da vulnerabilidade, adoecimento e, muitas vezes, à morte.

ACESSO À SAÚDE

Segundo Cláudia Travassos e Mônica Martins (2014), o acesso aos serviços de saúde estabelece relação direta com a consolidação dos princípios doutrinários e organizativos do SUS. A Universalidade que versa a saúde como um direito de cidadania de todas as pessoas, cabendo ao Estado assegurar o direito, independentemente de sexo, raça, ocupação; o princípio da Equidade, que objetiva diminuir as desigualdades, uma vez que as pessoas não são iguais e possuem necessidades distintas; e a Integralidade, considerando que as pessoas devem ser atendidas em suas necessidades, pressupondo inclusive a articulação da saúde com outras políticas públicas, assegurando uma atuação intersetorial, com repercussão na saúde e na qualidade de vida das pessoas.

Sobre a relação estabelecida com o SUS e os serviços mais utilizados, as entrevistadas mencionam ter certo receio em procurar o serviço, listando que os mais procurados aconteceram quando estavam grávidas, para serem acompanhadas no pré-natal, para realização de exames preventivos de rotina, recebimento de preservativos e gel lubrificante, controle da hipertensão,

diabetes, colesterol elevado e, por fim, odontologia, ainda com baixa procura, além de ressaltarem a falta de preparo dos(as) profissionais de saúde em atendê-las.

Quando abordadas sobre o acesso às Unidades de Saúde e o atendimento recebido, as entrevistadas dão ênfase às dificuldades encontradas no dia a dia, e tratamentos inadequados e/ou negativas do atendimento relacionadas ao fato de serem prostitutas, mulheres, de raça negra e com baixo poder aquisitivo. Mesmo se deparando na maioria dos locais com situações dessa natureza (exclusão e dificuldades de acesso), existem outros locais que, segundo elas, o acesso transcorre naturalmente. Elas sinalizam também que, de modo geral, há dificuldades para marcação de consultas e/ou exames:

Entrevistadora: Sobre o acesso aos serviços do SUS, há dificuldades? Se existe, quais as estratégias construídas/utilizadas para o acesso?

Pérola: “A gente ‘pena’, viu! Saúde não é coisa para os fraco não! Se você tem Plano de saúde, você vai ser atendido. Se não, fica indo todos os dias na unidade ou marcam um dia para você voltar ou ligar para marcar... sempre é no início do mês..., aí a gente liga, não consegue falar... tem que ir lá no posto, se tiver com sorte, marca, se não tiver, mais a consulta, aí... só no outro mês. Isso é muito ruim, véi! Mas mesmo assim vou ao médico todo ano, faço exames e tudo..., mas sempre tem aquele medo de ter algum problema e não ser fácil de resolver. Porque a gente pensa que é tudo fácil, que a gente vai sempre resolver tudo, e não é bem assim.”

Ametista: “Não tenho muita dificuldade para marcar consulta não. A coisa fica ‘preta’ é quando preciso de exames. Sempre o que a gente precisa não faz, não tem! Difícil! A gente fica até triste... mas vai fazer o quê? Fora que não fico muito à vontade para ir ao posto, só o que já tenho costume mesmo, pois é lá que sou bem tratada. Esse negócio de ir para o SUS é complicado, vou quando não tem jeito... não é o serviço em si, são as pessoas que estão lá pra ser atendidas olham pra gente com a cara esquisita.”

Ágata: “Tenho muita dificuldade para marcar minhas consulta e exame, às vezes vou até ao SAE, pra o pessoal ajudar..., mas até o pessoal tem dificuldade de marcar...”

Sempre dizem que temos direitos, mas é tudo papo furado, quando a gente chega no lugar, conhece alguma pessoa, fica mais fácil, porque a pessoa que a gente conhece não tá preocupada se eu sou ou não puta, e sim quer resolver o meu problema. Médico hoje é um negócio de doido! E a gente não tem muito o que fazer não, ou tem ou não tem vaga, porque só marca no início de cada mês.

Mas, na maioria dos lugares que vamos, a gente é maltratada sim, as pessoas olham com cara feia; basta dizer que faz programa, só é diferente quando a gente conhece alguém lá de dentro ou fala que alguém mandou: aí dá certo, por isso vou logo onde eu conheço.”

De acordo com as narrativas, identificamos a insatisfação das prostitutas sobre o atendimento/tratamento dispensado a elas nas unidades de saúde e as dificuldades encontradas para marcação de consultas e exames, voltando sempre a utilizar o artifício de buscar pessoas conhecidas para atendimento das demandas. Elas ressaltam também a relação de proximidade com o Serviço de Atenção Especializada.

A seguir, dois trechos de narrativas sobre estratégias utilizadas para atendimento das demandas:

Rubi: “Sobre o que a gente faz para conseguir o atendimento... é tão difícil falar sobre isso, mas, geralmente a gente procura algum conhecido ou algum lugar que já trabalha com a gente já com algum tempo e a gente consegue. Não é sempre que consegue! Mas, esse ainda é o caminho mais curto. A verdade é que a saúde vai mal, e para os pobres fica tudo pior.”

Diamante: “Outro dia a colega teve um problema sério no braço, parecia um impingem, mas não era, e precisava de um especialista, e não sabia o que fazer... por amizade é que conseguimos dar uma solução... mas ela sofreu muito. E isso é errado, a gente não pode depender de amizade, de conhecimento. Tem que ter o atendimento e pronto. Como eu tenho HIV, sou bem atendida no serviço que eu frequento, não só pela minha médica, mas por todos, mas o que eu queria mesmo é que lá também tivesse dentista, que eu não precisasse ir para outro posto para eu ser atendida. Porque lá eu conheço todo mundo e todo mundo também mim conhece, tenho uma relação próxima, entende?”

Desse modo, o acesso à saúde é citado relacionando inúmeros obstáculos como: baixa oferta de serviços, principalmente exames, tratamento inadequado por alguns profissionais de saúde, concentração de horários médicos no turno da manhã, olhares questionadores das demais pessoas que estão na unidade aguardando atendimento, associados a um sentido multidimensional mais amplo de caráter social e político que envolve desde a gestão da política até a prestação de serviços e a relação com as usuárias.

Vale ressaltar que Ametista, com quarenta anos na prostituição, ainda relata situações desagradáveis quando busca o atendimento no SUS, mas menciona que mesmo com as dificuldades de hoje está melhor do que tempos atrás, visto que era necessário ter carteira de trabalho assinada ou ser dependente de algum trabalhador para poder ter acesso à saúde.

Denise Serafim *et al.* (2002) destacam que os comportamentos inadequados dos serviços no atendimento com as prostitutas são comportamentos preconceituosos que repreendem as mulheres que ganham dinheiro com a atividade sexual, reforçando que tais comportamentos impactam não apenas no direito ao acesso aos serviços como também compromete o exercício da cidadania.

Entretanto, as entrevistadas também afirmam que o atendimento é diferenciado nas unidades da atenção básica em relação ao serviço de atenção especializada, mesmo destacando que, em algumas situações, sentem-se discriminadas no serviço de saúde e, quando isso acontece, geralmente, são discriminadas pelo vigilante/porteiro, alguém da recepção, pessoas que também estão aguardando atendimento, ou outros profissionais, mas não pelo(a) médico(a). Outra questão que é destacada diz respeito ao fato da saúde das prostitutas estar sempre relacionada às IST, o que implica em escassez na oferta de serviços que respondam às demandas das prostitutas para além de problemas de saúde relacionados à atividade ocupacional.

Para Sandra Lemos (2015), as prostitutas enfrentam “riscos” de adoecimento com outras patologias, como as do aparelho respiratório, as rinites alérgicas e as doenças de pele causadas, na maioria das vezes, pelos ambientes insalubres nos quais desenvolvem as atividades, por exemplo. Além da restrição ocupacional de doenças socialmente associadas às prostitutas, elas também

entendem que são abordadas diferentemente por profissionais e agentes comunitários de saúde pública.

O estudo de Flávio Lenz (2011) também reforça que as prostitutas têm questionado por que as estratégias de prevenção (grupos focais, testagens, etc.) e ações promovidas por unidades de saúde não são oferecidas às mulheres de outros grupos sociais, mas apenas às prostitutas. Isso corrobora com o entendimento de que elas não têm o direito de frequentar as Unidades de Saúde como as demais cidadãs, conforme narrativas abaixo:

Pérola: “Quer ver uma coisa que fico “P” da vida é quando chego no posto... as pessoas sabem que eu ganho dinheiro com sexo e perguntam logo se eu quero camisinha ou marcar para fazer o preventivo. Outro dia eu “bradei” e falei: quem disse que eu só preciso disso? Eu sempre cuidei da minha saúde e exijo respeito! Fico chateada mesmo, porque garanto que com as outras mulheres ninguém fica perguntando nada...”

Rubi: “Então, nem eu nem as outras meninas tem dificuldade de pegar preservativo e gel, parece que o posto só tem essa preocupação quando é prostituta. A verdade é que quando fala em puta, pensa logo em AIDS, mas todo mundo precisa entender que isso já foi, e hoje é outra história. Foi assim com os gays e melhorou, e por que com a gente continua com esse negócio de achar que porque faz programa tem doença? Isso precisa acabar!”

Tanto Pérola, quanto Rubi, demonstra indignação a respeito do tratamento recebido por parte dos profissionais nas unidades de saúde.

Entrevistadora: Quando você busca os serviços de saúde, como ocorre o atendimento/tratamento desde o porteiro/segurança até o último profissional que te atende? Em situações de atendimento ruim, você acredita que está associada ao fato de ser mulher, prostituta, de raça negra e/ou com baixa condição financeira?

Ágata: “Quando vou ao Posto de Saúde sou vista como uma mulher igual a outra qualquer e nunca disse na entrada que sou prostituta, as vezes que falo é para o médico ou a médica, *mas só quando é necessário, e até hoje nunca percebi nada diferente... ou mudar o tratamento quando dizia que era prostituta.* Claro que não é sempre que falo. Quando é a primeira vez que estou sendo atendida por aquele médico... e a depender da pessoa, das perguntas que faz, *tenho vergonha e medo de como posso ser tratada.* Mas nunca percebi nada estranho, até porque sempre conheci os meus direitos.”

Entrevistadora: Quando você fala em vergonha e medo da forma como você pode ser tratada, ocorreu alguma situação desconfortável que vivenciou?

Ágata: “Várias, faz muito tempo isso... Sabe como é! Ainda que o negócio tenha acontecido há muito tempo, a pessoa sempre fica com aquilo na cabeça. Vou contar só uma situação: cheguei no posto porque precisava fazer esses exames de mulher (estava com um corrimento). Não tinha consulta, só para o outro mês, aí expliquei que eu fazia programa, que era com isso que pagava minhas contas. A mulher que estava atendendo, ficou logo de “cara feia”, e as outras começaram a conversar baixinho e olhar para mim... Tinha certeza que aquele olhar e as conversas era porque tinha dito que eu era prostituta... Foi horrível! E o pior é que não consegui a consulta.”

Entrevistadora: E fez o quê com o que você estava sentindo, procurou atendimento em outro Posto?

Ágata: “Procurei, mas a resposta era a mesma: só no outro mês. Aí conversei com as colegas e pagamos uma consulta particular: mas foi baratinho na época, mas foi o único jeito para ser atendida!”

Entrevistadora: Quando você fala sobre fazer muito tempo de ter vivenciado situações desconfortáveis, é por que não existe mais?

Ágata: “Claro que existe, a questão é que hoje a gente tem uma visão e mais conhecimento do que antes. Então as pessoas não ficam mais à vontade para falar ou nos atender mal, porque não nos calam como antes, entende? E as pessoas sabem que quando o negócio está muito feio, agressivo mesmo, a gente enfrenta... Não adianta dizer que as coisas mudaram e que agora é diferente, porque isso não é verdade. Quem mudou mesmo foi a gente, isso sim! Parece que está tudo bem, basta dizer que você é puta e fica tudo diferente, as caras mudam... é duro, viu!”

Quando a entrevistada Ágata refere que adentrando a Unidade de Saúde é vista como uma mulher igual a qualquer outra, significa que é confirmado o sentimento de pertencimento ao “ser mulher”. Entretanto, é observada certa rejeição por parte dos(as) profissionais, e/ou das mulheres que aguardam atendimento quando ela diz que é prostituta, ou as outras pessoas as reconhecem.

Martha Nussbaum (2002) salienta que a estigmatização, muitas vezes, está associada aos marcadores sociais de preconceito de classe, de raça e/ou de gênero. Assim, para compreender a questão da prostituição e sua estigmatização é necessário destacar dois fatores importantes: um, da prostituição associada intimamente a um leque de moralidades, que a torna como uma experiência imoral; e outro, que prende a prostituição às representações hierárquicas de gênero e à compreensão de que tanto as mulheres quanto as suas sexualidades precisam da dominação e controle masculinos, perpetuando um círculo de exclusão e invisibilidade social.

Wilza Vilela e Simone Monteiro (2015) reforçam que quando as mulheres, as prostitutas, no caso, infringem “normas hierárquicas” estabelecidas pela sociedade e exercem a sexualidade como trabalho remunerado, são impactadas por processos estigmatizantes, os quais engrandecem as desigualdades de gênero, com diminuição de acesso a direitos e recursos, aumentando a vulnerabilidade a diversos agravos, associada, inclusive, à saúde sexual e mental.

É importante ressaltar que mesmo Vilela e Monteiro (2015) trazendo a discussão acerca da estigmatização das mulheres prostitutas em 2015, além de ser muito mais antiga, ainda permanecem, nos dias atuais, expressadas nas narrativas das entrevistadas, inclusive duas delas mencionam, que há resistências em procurarem atendimentos em saúde por conta da forma como são tratadas:

Pérola: “É muito chato a pessoa ficar com “medo” de procurar certas coisas... pra ir pro médico e, quando tem gente lá que sabe quem você é e o que você faz, é ruim mesmo... É uma angústia, porque todo muitoé preconceituoso e a gente acaba, sem querer ir pros lugares.”

Ametista: “Tem gente que olha tanto para mim quando chego no Posto, que eu sinto vontade de sair correndo... eu sei que às vezes não tem nada a ver porque sou puta, mas é um olhar

tão ruim que machuca, sabe? E não é só o pessoal da rua não, tem gente de lá mesmo do Posto, que trabalha lá.”

Entrevistadora: E quando você não consegue marcar o médico, ou fazer os exames, o que é feito?

Diamante: “Não, não! Quando o exame é de sangue, é mais fácil. Difícil mesmo é quando tem um exame mais complicado, ou é uma consulta. O que eu faço? (rs... rs), Espero a vaga, vou fazer o quê?”

Ametista: “Eu sempre vou ao Posto pegar gel e camisinha. Algumas pessoas, lá do Posto mesmo olha de um jeito estranho: esquisito mesmo (rs... rs). Uso muito gel, mas não é para fazer sexo anal e sim para facilitar a transa. Tenho 58 anos, sou um pouco ressecada e o gel facilita a penetração e causa menos dor, e que fosse...”

Assim, as questões de saúde entre mulheres prostitutas não são percebidas como resultantes da sua exclusão social e desassistência, e sim porque as prostitutas não seguem as normas de gênero estabelecidas pela sociedade para o exercício da sexualidade por mulheres, prevalecendo o estigma que camufla a relação de determinação entre vulnerabilidade e agravos.

Sobre o estado de saúde das entrevistadas, três delas referem que têm boa saúde e que no dia-dia não sentem nada (uma delas vive com HIV); e outra avalia que o Sistema de Saúde deveria ter um cuidado maior com as mulheres que vivem da prostituição, bem como os seus clientes.

Entrevistadora: Você tem algum problema de saúde crônico ou que exija tratamento contínuo? Quais problemas de saúde você teve nos últimos anos?

Ágata: “Não tenho problema nenhum de saúde. Não sinto nada. Às vezes o sono demora a chegar, mas não creio que seja caso de doença não.”

Pérola: “Tenhouma saúde de ferro, não sinto é nada, graças a Deus! Peraí... de vez em quando minha pressão fica alta, mas é só quando estou com a cabeça quente... Vou no Posto e peço para as meninas “tirarem” a pressão ou faço um chá de chuchu e melhora. Não uso nenhum remédio não.”

Entrevistadora: E você, já verificou isso? Foi ao médico? Usa algum medicamento?

Pérola: “Lá no Posto a enfermeira e o médico já disse que tenho problema de pressão e que eu preciso tomar o remédio todo dia, só que às vezes eu esqueço e prefiro usar o chá que é caseiro.”

Ametista: “Eu, graças a Deus, não tenho problema nenhum de saúde, a não ser minha pressão que às vezes está alta, mas não é nada grave... agora acho que poderia ter alguns programas nos postos de saúde que cuidassem mais de nós prostitutas. É o que penso. Se eu tiver errada, peço desculpas.”

De acordo com as narrativas acima, há um consenso entre as entrevistadas em não ter o devido cuidado com patologias que se apresentam e/ou se desenvolvem na vida de cada uma delas, como é o caso da hipertensão e diabetes, acrescido da prática de se automedicarem.

Entrevistadora: Como você sabe que não é nada grave? Foi o(a) médico(a) que te falou isso?

Ametista: “Não. Qual médico? Também a pressão só sobe se eu tiver bem aborrecida, fora isso eu tomo uma novalgina e fico bem.”

Entrevistadora: Não acredita ser importante marcar uma consulta, fazer os exames e ouvir o que o profissional vai dizer na consulta? Até porque não é bom se automedicar, pode causar algum problema para você, não é?

Ametista: “Que nada, menina, novalgina todo mundo usa, não faz mal não! O bom é que quando tomo baixa logo a pressão.”

Rubi: “É engraçado a pergunta: se eu tenho algum problema de saúde, mas não sinto nada estranho, nada diferente. Mas acaba sendo engraçado porque o trabalho que a gente faz eu acho que as pessoas da saúde, deviam ter uma preocupação e não tem. *Muitas horas eu tenho a impressão que não somos ninguém, e que não existe pessoal algum que se preocupa com a gente.* Até os clientes... no fundo no fundo eles querem é só se satisfazer, são poucos que pensam na saúde da gente, e nem procura saber se a gente está bem, se a gente precisa de alguma coisa, essas coisas. Ah! É o “ó” viu!”

Entrevistadora: Quando você fala em se preocupar com a saúde, você quer dizer o quê especificamente? Tem sugestão de algo que as unidades podem fazer e/ou oferecer quando você procura atendimento?

Rubi: “Acho que teria muitas sugestões, mas agora não aparece nada na minha mente...”

Entrevistadora: Faz um esforço. É importante que de modo geral você fale sobre o que vocês precisam, das necessidades de vocês para que as unidades possam rever os serviços oferecidos.

Rubi: “Eu sei! Assim... penso que poderia ter um número de consultas por mês, por exemplo, para quando a gente procurar não demorar muito pra marcar. As justificativas são as mesmas: que não tem médico, que outro médico tá de férias ou afastado... essas coisas assim! Uma das coisas que fico às vezes pensando é essa questão com a doença sexual, porque quando o pessoal fala de usar camisinha, e outras coisas, eu tenho certeza que é para proteger os homens e não a gente que está trabalhando. Isso é medonho.”

Jade: “Eu sempre procuro cuidar da minha saúde. Faz dois anos que tive uma doença que peguei no trabalho (fazendo sexo), mas logo fiz o tratamento no postinho... e agora “tô” bem, nunca mais senti nada.”

Safira: “Engraçado... eu gosto muito de ir pro médico, e dou sorte, porque sempre que procuro há sempre uma resposta boa; consigo fazer meus exame ginecológico, faço tratamento das drogas... Claro que sei que só consigo por causa da amizade, mas mesmo assim, tá valendo!”

A fala de Rubi: “... eu tenho certeza que é para proteger os homens e não a gente que está trabalhando...” nos remete à compreensão de que os sentidos produzidos pelas entrevistadas é que a prostituição é um espaço marcado por relações de poder de um sistema ideológico e social dominante, carregado de ambiguidades e paradoxos, sendo possível identificar que essas mulheres vivenciam contextos de submissão, proibições morais, econômicas, simbólicas, emocionais e subjetivas diariamente.

É importante ressaltar que algumas entrevistadas, como é o caso de Pérola e Ametista, naturalizam a hipertensão, e às vezes algumas outras patologias, não as considerando problema de

saúde, que além de se automedicarem, como dito anteriormente não procuram atendimento com frequência.

Sobre a participação em atividades e/ou grupos para prevenção de doenças, direitos humanos e direitos laboral/sexual, ainda observamos a relação estreita entre prostituição, políticas públicas e iniciativas voltadas ao combate e enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS, entretanto, não há iniciativas voltadas à outras patologias.

Entrevistadora: Você participa de algum programa de práticas educativas e/ou de prevenção de doenças? Se você participa, faz quanto tempo, e onde?

Ágata: “Não sou muito de participar dessas coisas não. Tem até um pessoal legal no Posto aqui embaixo. Sempre tem campanha, distribuição de folhetos, camisinha, gel... a gente faz teste para a AIDS, mas só isso... quando começa o converseiro, é um pergunta, pergunta... aí eu caio fora.”

Entrevistadora: E o que você chama de converseiro? Não seria uma possibilidade de fazer as queixas, ou até mesmo solicitar uma consulta ou algum tipo de exame?

Ágata: “Talvez sim. Até agora acho melhor ficar calada, não alimentar o fala fala e ir embora, porque não dá em nada.”

Diamante: “Participo sim. Acho que o pessoal tem contribuição a dar e eu também com a minha experiência, meu trabalho.”

Ametista: “Teve uma época que sim. Hoje não, tanto faz como tanto fez. Se eu precisar procuro sim, não tô nem aí...”

Rubi: “Eu participo de tudo que aparece. Penso que quando as pessoas fazem algum trabalho com a gente é porque é para o nosso bem, para cuidar da nossa saúde, principalmente o pessoal do Posto daqui debaixo. Sinto que no início falavam muito em AIDS, mas hoje falamos sobre muitas outras coisas, como direitos, autoestima, benefícios, etc., não deixou defalar de AIDS, não! A gente precisa aproveitar as oportunidades. Se tá falando uma coisa para conhecimento é pra gente ficar esperta, tem que participar, porque aí vai uma ajudando a outra.”

Na fala de Rubi, como nas demais, há ênfase em poucas iniciativas do trabalho educativo, mesmo afirmando a dificuldade em ser prostituta em uma sociedade excludente. Flávio Lenz (2011) afirma que uma política pública, mesmo de Saúde, ao tratar a saúde das prostitutas deveria ter o alcance de especificidades, de todas elas, ou de muitas delas, e não apenas as relacionadas com IST/AIDS, como se fosse o mais importante no âmbito da existência das prostitutas.

Gabriela Leite (2009) faz uma síntese ao afirmar que a prostituta não adoece apenas da cintura para baixo e sim como toda e qualquer outra mulher. Villela *et al.* (2015) concluem que não há dúvidas: “as prostitutas aparecem prioritariamente vinculadas às iniciativas de prevenção desenvolvidas pelo Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais, enquanto população mais vulnerável”. E, mesmo com a priorização das prostitutas para prevenção das IST ainda há, por conta

do preconceito, uma invisibilidade dessas mulheres, também, na própria atenção ao cuidado da saúde nessa área.

Assim, a prostituição ocorre de forma marginalizada e estigmatizada na e pela sociedade, marcada por exposição e situações desconfortáveis, como já mencionadas anteriormente, o que implica em uma insatisfação com o serviço e resistência pela procura de atendimento pelo Sistema Único de Saúde. Fato que não deveria ocorrer, pois esse cenário compromete o desenvolvimento de condições que possibilitem o exercício da cidadania das prostitutas, bem como reforça os obstáculos de acesso às ações e serviços de saúde.

Mediante as narrativas, é possível afirmar que as prostitutas buscam mais atendimento nas unidades as quais estabelecem vínculos com os(as) profissionais de saúde, uma vez que os fatores que influenciam os atendimentos inadequados estão associados ao olhar da sociedade, que vulgariza o trabalho sexual e não proporciona um atendimento humanizado. Desse modo, as prostitutas estabelecem como a primeira e mais utilizada estratégia para o acesso aos serviços de saúde, o conhecimento com algum profissional, justificando inclusive a frequência da busca de atendimento em serviços de Atenção Especializada. Outra questão que merece destaque para o acesso aos serviços, mesmo não sendo público, são as articulações estabelecidas entre elas próprias, tais como se unirem para o pagamento de uma consulta e/ou exame particular quando não conseguem acesso pelo SUS.

A seguir, abordaremos sobre saúde e trabalho, por entender que a rotina do trabalho nesse contexto coloca as mulheres em situações de fragilidade clínica e social, expondo-as a diversas vulnerabilidades, principalmente na área da saúde.

SAÚDE, PROSTITUIÇÃO E TRABALHO

Nesta categoria, descreveremos a relação entre trabalho e saúde, considerando os inúmeros fatores que ocorrem no dia-a-dia da atividade laboral das prostitutas, que podem impactar na sua saúde física e mental.

O trabalho é considerado por Ricardo Antunes (2003) fonte originária, primária, de realização do ser social. Reconhecendo o papel fundamental do trabalho tanto na gênese quanto no fazer-se do ser social, ressaltando sua importância como principal forma de sobrevivência e manutenção da vida do indivíduo e da sociedade. Os seres humanos se baseiam no trabalho como atividade vital para sua socialização e humanização.

Ana Paula Silva e Tadeu Blanchette (2008) consideram que a prostituição é um sistema de trabalho, no qual as relações são estabelecidas, as trocas são realizadas e rendas são geradas a partir da oferta de serviço sexual, configurando-se um importante segmento no mercado, ainda que

permaneça como um grupo marginalizado que historicamente não se constituiu como sujeito ativo na sociedade.

Na década de 1970, começaram a surgir organizações de prostitutas que reivindicavam não só os direitos sociais de cidadania, mas o reconhecimento da prostituição “como um trabalho como outro qualquer”, que acarretam direitos e deveres. Como dito anteriormente, em 2000, no Brasil, a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO inclui a prostituição como ocupação. Tal inclusão colaborou para o movimento por reconhecer a prostituição como profissão, entretanto, não resolveu o problema da discriminação, tampouco deu subsídios às prostitutas para enfrentarem a questão do preconceito atribuído pela sociedade diante do trabalho realizado por elas.

As entrevistadas, segundo as narrativas, vivenciam e sofrem muitas consequências do seu trabalho, estando sujeitas a várias situações que comprometem a saúde emocional: sentimentos de medo, solidão, vergonha, sentimentos de minimização e desvalorização diante da sociedade, podendo gerar, muitas vezes, transtornos psicológicos. Além disso, elas têm expectativa de um tratamento mais cuidadoso, uma vez que lidam com o sentimento de descaso da sociedade e de pouca ou nenhuma importância social, como expressam em alguns trechos das narrativas: **Ametista:** “[...] que cuidassem mais de nós prostitutas [...]” e **Rubi:** “[...] Muitas horas eu tenho a Impressão que não somos ninguém, e que não existe pessoal algum que se preocupa com a gente...”

Outras duas entrevistadas citam que, quando apresentam algum comprometimento na saúde, não percebem nenhum tipo de cuidado diferenciado nas Unidades de Saúde, e outra, considera que o atendimento é normal, colocando-se um pouco aérea, dando a impressão de não querer emitir opinião sobre o assunto.

Ágata: “Não tenho problema algum. Aliás, não tenho nada para falar, na verdade eu não tenho dificuldades e só vou no posto de ano em ano, faço teste de HIV e todos os outros exames, e é tudo tranquilo, também faz tempo que eu não vou ao posto. Porque com o covid, as coisas ficou difícil e eu tenho medo!”

Diamante: “Acho que tinha que ter um atendimento diferente para nós, mas quando falo diferente, é diferente em todas as áreas, sabe como é? Deixa eu falar o português mais claro: já que em todos os locais se fala muito das putas, *deveria se preocupar também com a nossa saúde de forma maior também, porque eu mesmo tenho problemas no coração e pressão alta, mas o pessoal da saúde só fica preocupado se eu e as meninas usa camisinha [...].* Estou falando de uma forma assim; de todo mundo. Porque eu sou atendida direitinho, pego receita, faço exames. A verdade é que a maioria de nós fica ao Deus dará... vai fazer um ano que eu e a maioria, logo no auge do corona, que quase pirou o cabeção, porque não tinha programa, não tinha dinheiro para comprar comida, gente! E se a gente pirar, não é saúde? Eu acho que é. E... não foi fácil, agora aos pouco é que as coisas tão voltando a se acertar. Mas foi barril. Já pensou?”

Quando perguntado a Diamante o que queria dizer com “[...] deveria se preocupar também com a nossa saúde de forma maior também [...]” retornando a mesma questão, ela explica sobre o incômodo que sente quando as pessoas, e também os(as) profissionais associam a prostituição às IST como o único problema de saúde das prostitutas. Destaca também a saúde mental com a seguinte expressão: “e se a gente pirar, não é saúde?”

Assim, podemos afirmar que, no geral, as mulheres em situação de prostituição apresentam “queixas” sobre a fragilidade na assistência, a demora no atendimento, dentre outras. Tanto nas unidades da atenção básica quanto nas de Pronto Atendimento (PA).

Entrevistadora: Você poderia me contar alguma situação de atendimento que você buscou, em algum momento, de queixa ou adoecimento, e que o atendimento foi negado?

Pérola: “Sempre quando sinto algum problema de saúde vou na emergência, acho que todo mundo faz isso, principalmente quem não tem plano. Vou sempre no 5º Centro. Não tenho muito a dizer não. O atendimento lá não é rápido não, *mas saio sempre com uma receita, e melhor das dores.*”

Entrevistadora: Você entende a demora do atendimento? Acha que tem uma relação com o fato de ser você que está buscando: mulher, negra, pobre e prostituta? Pergunto isso porque você anteriormente fez referência passando a ideia da demora no atendimento por ser negra, pobre e prostituta e relacionando o fato do atendimento ser público e não por um plano de saúde.

Pérola: “Penso que há diferença sim. Porque se eu tivesse dinheiro, morasse em um lugar melhor, tivesse um plano de saúde, não ficaria aguardando do jeito que a gente fica. Até porque ia bem bonita para uma emergência melhor e o atendimento não ia ser demorado pra acontecer. E... a depender de como você se veste, tem tratamento diferente sim!”

Rubi: “Hoje eu também vou para a emergência do SUS, mas passei um tempo que tinha um cliente quase que um marido... (rs, rs...) e quando precisava de uma consulta, remédio, ele pagava. Hoje não mais, pois ele foi embora daqui de Salvador.”

As entrevistadas reiteram o preconceito social, principalmente com as prostitutas que têm maiores dificuldades financeiras e/ou são negras (pretas ou pardas). Reforçam também a necessidade de (re)qualificação das equipes de saúde para um acolhimento mais adequado, desnudo de julgamentos, e que respeite a singularidade de cada pessoa.

Entrevistadora: Você poderia me contar alguma situação onde você sentiu ser tratada de maneira inadequada em alguma ida ao serviço de saúde?

Ametista: “Ah! Tenho sim. Uma vez fui ao Posto, só que ele mudou um pouco: está todo “chic”. E quando entrei perguntaram o que eu ia fazer lá. Sorri e disse que achava que estava procurando algo da saúde... depois fiquei pensando que fui grossa com o moço. Continuando, disse que ia lá no setor do médico do coração. Ele não deixou eu entrar e perguntou se eu estava com consulta marcada. Eu falei que não. Aí ele disse que o nome das pessoas que vai ser atendida está com ele e que só podia deixar subir as pessoas que tava com o nome na lista. Achei estranho! Inventei que estava com dor de barriga e pedi para ir ao banheiro e fui até onde a médica estava atendendo, falei com a moça e ela conseguiu encaixar o meu nome. Sei que não fiz o certo, mas o moço viu que eu estava aflita, poderia ter facilitado a minha vida

e não fez. Não conto pra todo mundo não, porque tenho vergonha, acho que não fiz correto, mas também não fui bem atendida.”

Entrevistadora: O que você caracteriza como um tratamento inadequado? Será que o impedimento de você adentrar a unidade seria uma forma de evitar mais pessoas na Unidade, até como uma medida preventiva para a covid? Você acha que a pessoa que impediu a sua entrada estava atendendo alguma orientação superior, ou ela própria definiu não deixar você entrar por algum outro motivo?

Ametista: “Acho que *estava seguindo alguém superior*, mas a forma como eu fui tratada eu não gostei. E se foi isso penso que poderia ter explicado melhor. Porque na hora a gente não pensa muito não, quer é resolver o problema. E eu então fico louca! E a pessoa já vai para o posto com receio, e aí, acontece essas coisas...”

Safira: “Tudo é muito difícil pra gente: atendimento no Posto, muitas agressões na vida e com os clientes. Deve ser porque acham que estamos precisando e pode fazer o que quiser... Acho a cidade aqui violenta, as pessoas são violentas, e com a gente, tudo só piora, porque sou preta, pobre... esquece que quando vai para debaixo da terra é tudo igual.”

Pérola: “*As pessoas são racista, imagina eu: mulher, preta, puta, piorou pobre (rs... rs...)*. Os vizinhos que sabem com o que eu trabalho, sabe, só não foi pela minha boca, e se perguntar eu nego. Se depender de eu dizer, eu não digo nada, porque sei que vão olhar atravessado.”

Em outras palavras, a entrevistada Pérola destaca que o racismo e o preconceito, fortes marcadores de diferença entre as relações sociais, de certo modo, a colocava, bem como as demais prostitutas, em situação diferenciada das outras mulheres. Não há dúvidas que, a intersecção de raça, gênero e classe social condicionam estruturalmente alguns grupos, em especial as mulheres prostitutas e negras, na produção e reprodução das desigualdades sociais.

Mesmo considerando pouca quantidade de profissionais para o atendimento, escassez de exames e/ou consultas e sucateamento do SUS, é possível identificar que, de modo geral, há uma preocupação com a saúde, mesmo considerando que nem todas as entrevistadas frequentam os serviços de saúde regularmente, e sim quando apresentam algum sinal ou sintoma que julguem necessário o atendimento.

Sobre os cuidados que as prostitutas têm com a saúde, no geral, estão associados a um “mix” oriundo da família durante a criação, não necessariamente relacionados às práticas sexuais e sim ao fato de ser mulher (lavar-se após as relações sexuais, ida ao ginecologista anualmente, etc.). Além desses cuidados, tem os considerados imprescindíveis da vida e da atividade por elas desenvolvida (usar preservativos e outras medidas protetivas), e aqueles, em menor escala, aprendidos com profissionais dos serviços de saúde (realizar exames preventivos anualmente, ficar atenta a toda e qualquer alteração no corpo), com maior possibilidade de buscar atendimento para respostas às questões proporcionadas pelo próprio contexto no qual desenvolvem suas atividades.

Entrevistadora: Como ocorre o cuidado com a sua saúde?

Ágata: “De um cliente para o outro sempre me lavo, porque mesmo usando a camisinha, *fica a impressão que estou suja*. Porque não é tão fácil como o povo imagina, ter dois ou três parceiros, um atrás do outro... a gente às vezes faz sexo, sexo, não amor. Amor a gente faz é com um namorado, um “ficante”, com quem a gente gosta, tem sentimento. É diferente, não é por dinheiro, não.”

Quando Ágata responde “fica a impressão que estou suja”, demonstra a preocupação com a higiene, geralmente associada à quantidade de parceiros, ressaltando inclusive as diferenças quando as práticas sexuais acontecem com os companheiros/maridos/namorados e com os clientes.

Uma das sete entrevistadas discorre que em algumas situações acreditava que a negação das consultas e/ou exames estivesse associada ao fato de ser prostituta. Muitas vezes orientava as amigas a não se identificarem como tal, com o receio de serem discriminadas ao acessarem os serviços, o que foi parcialmente ressignificado, quando perceberam que a falta de eficácia e eficiência do sistema também é uma realidade:

Jade: “Antigamente eu pensava que quando a pessoa falava que não tinha a consulta ou o exame que eu tava procurando, dava um estalo assim na minha cabeça: será que é porque sou prostituta e o pessoal não quer marcar? Era o que eu sentia... aí comecei a prestar atenção e vi que tinha essa questão, mas também não tinha quantidade de consulta e exames pra todo mundo que procura como não tem até hoje.”

Esta entrevistada reflete sobre a condição do ser prostituta e do acesso aos serviços de saúde, atribuindo as dificuldades ao fato de ser prostituta, mas não descarta as debilidades do próprio Sistema Único de Saúde.

Na mesma direção, Jade fala sobre as negativas de atendimento, que inclui consultas, exames e procedimentos, e as questões relacionadas ao fato de ganhar a vida com trabalho sexual:

Ágata: “As pessoas tentam falar que a saúde vai mal, que não tem consulta pra todo mundo, mas não acredito nisso não... Meu sexto sentido diz que há diferença quando a pessoa é pobre, e com a gente não é diferente... Muita gente sabe que vivo da prostituição e faz “carase bocas”. Se o preconceito existe, ele está também no coração da pessoa do Posto, infelizmente... *E a gente nunca sabe se não tem a consulta mesmo, ou porque é pra gente!*”

No imaginário das prostitutas, há inúmeras razões sobre as dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Umam mencionam a organização e hierarquização débil do sistema, outras, em sua maioria, mencionam as insatisfações com o atendimento, no tratamento recebido por alguns profissionais da saúde, desde a recepção, independentemente do nível de complexidade do serviço.

Outra questão que merece destaque é a existência da violência no cotidiano da prostituição, como mulheres trabalhadoras que prestam serviços sexuais e que, mediante as narrativas, estabelecem regras entre a atividade profissional e a vida particular. A diferenciação quando a relação acontece com clientes ou com parceiros, a modalidade da relação sexual diferenciada (oral, anal e vaginal), o

uso de preservativos, não é permitido beijar a boca de clientes e desenvolver sentimento de paixão e amor. Essas regras existem como forma de prevalecer a relação estritamente comercial. A seguir, algumas considerações sobre violência e prostituição.

VIOLÊNCIA E PROSTITUIÇÃO

Para Isabel Moreira e Claudete Monteiro (2012), a violência é um fenômeno que está presente na história da humanidade. Ela feta a saúde das pessoas, sendo uma das principais causas de morte no mundo, com prejuízos econômicos, danos sobre a saúde mental, sofrimentos e dor. A violência não exclui as classes sociais, raças e etnias. Ela é considerada um fenômeno em crescimento na sociedade, definida pelas relações sociais estabelecidas, embasadas nas diferenças entre os sexos e relações de poder.

Francisco Ximenes *et al.* (2007) mencionam que as prostitutas podem ser vítimas de violência física (empurrões, espancamentos, queimaduras, uso de armas, dentre outras), sexual (obrigadas/ameaçadas a ter relação sexual contra vontade, imposição de práticas diversas, muitas vezes sem proteção) e psicológica (vítimas de ameaças, gritos, humilhações e/ou insultos).

As entrevistadas relatam que existe uma rejeição de vizinhos, familiares e amigos devido ao trabalho que exercem, além de muitas vezes sofrerem rejeição também de clientes. Elas citam que, em alguns acolhimentos/atendimentos nas unidades de saúde ou outra organização/instituição social, a violência também se faz presente: com caras feias, respostas com frases curtas, etc.

Diamante: “Sempre é um puxa e estica. Meu modo de falar, viu? A conversa é sempre a mesma, que a gente precisa se cuidar, usar camisinha, como se a nossa vida se resumisse a isso. Às vezes, tenho a impressão que esse cuidado todo não é com a gente e sim com os clientes, porque só fala em camisinha. E todo mundo sabe que a maioria dos homens que vem pagar o programa, eles são casados. É claro, que tenho cuidado, não quero ninguém com esse vírus miserável, mas também não sou só HIV. A sociedade é podre sim, e quando procuram a gente, sempre quer algo em troca. A maioria dos clientes não sabe que tenho o vírus, e as vezes querem fazer algumas coisas que eu sei que não é bom para mim nem para eles, aí não faço. Isso é cuidado, não?”

Se fizesse tudo que pede e pagam, muitas das mulheres deles já estariam com o vírus também. Tem horas que penso que é até bom ter o vírus: porque lá onde sou atendida o pessoal é diferente, tem uma preocupação maior comigo, com a minha saúde. Por isso é que eu acho que deveria ser tudo igual e se preocuparem mais com a gente e com outras doenças. E o atendimento ruim acho que é violência também.”

Entrevistadora: Você poderia falar alguma situação de violência por algum cliente? Como você se sentiu? Você contou com alguém para te ajudar, instituição ou serviço de saúde?

Pérola: “Nunca vivi nenhum momento do cliente me agredir. É uma relação de medo, sabe como é? Eu tenho medo dele e ele de mim. Até porque sou meio braba e o cara percebe isso. Deve estar escrito na minha testa não vem não, porque se bater vai levar.”

Ametista: “Muitas vezes a violência está na própria família. Tenho dois filhos adultos e sei que eles não aceitam porque sou prostituta, reclamam, fala que não tenho mais idade para viver disso, acho que é tudo vergonha. Fico pensando “hoje eles falam isso, mas está todo mundo forte e bem criado graças ao meu trabalho.”

Rubi: “Sim, sim, algumas vezes. *Mas não sou boba não.* Acho mesmo que quando temos que enfrentar os homens que ‘se acha’ e que agride a gente, é porque ele é desse jeito, violento. Às vezes acha que pode tirar a camisinha na hora que quiser porque está pagando o serviço, que depois do Programa não quer pagar o combinado. Tenta fazer com que a gente se sinta um nada. E isso é sempre. Aí cheguei e pensei que eu é que tinha que mudar. Enfrentei, mesmo com medo. Porque senão eles tomam conta.

Soltei logo o verbo. Aonde que vai me agredir, xingar e ficar por isso mesmo!

Quando a gente procura algum serviço, é legal? É, mas sabe aquele negócio que o pessoal quer logo que a gente faça denúncia... e a preocupação é dos cara sumirem, entende?”

As situações de violência física e moral que a prostituição impõe a essas mulheres são mencionadas de maneira constante pelas entrevistadas, como inseparável dos ambientes de trabalho e das suas vidas, tanto familiar quanto no meio social.

Para Jefferson Drezett (2003), tanto é importante compreender como a violência é vivida pelas prostitutas quanto a forma como as políticas públicas, mais especificamente os serviços de saúde, desenvolvem atividades que promovem a saúde e previnem a violência no dia-a-dia da prostituição.

Sobre denunciar a questão da violência praticada por clientes, assim como Rubi, há inúmeras prostitutas que “vivenciam o receio” de que denúncias feitas contra os clientes possam impactar na diminuição de programas. É como se ocorresse uma “intimidação” naturalizada para tratar juridicamente os casos de violência, ainda que se tenha clareza dos direitos como pessoa e trabalhadora.

Entrevistadora: Você não acha que é importante fazer a denúncia para que você possa se proteger e proteger as outras mulheres que estão na prostituição?

Rubi: “Pode até ser, mas o que eu e muitas outras não quer é arriscar. Nos últimos tempos, o Programa ficou bem difícil. O lance do cara ter que ficar em casa, da gente não poder ir para a batalha, aí, fia, a pessoa fica sem muita escolha.”

Jade: “Violência maior é o que as pessoas faz com a gente, não é todo mundo, mas tem muita gente perversa, principalmente quando sabem que a pessoa é prostituta. E acho que se acham melhor, superior... Eu enfrento, sei meus direitos e penso que o sol nasce para todos...”

Entrevistadora: E você se lembra de alguma situação desse tipo que vivenciou?

Jade: “Como se fosse hoje... Era tipo uma marcação de consulta no Posto aqui perto de casa. Fui muito arrumada, com maquiagem, chamava atenção, e *uma mulher que estava quase no final da fila* disse que eu devia aguardar as outras pessoas marcarem a consulta para se sobrasse eu marcava a minha. Ela continuou, que não parecia que eu precisava de médico com a cara toda pintada e ainda era puta. Rodei a baiana *disse que ela era mal amada e que eu fazia programa sim e precisava da consulta como qualquer outra pessoa que estava ali.* O que fiquei mais ‘encucada’ é de como ela ficou sabendo que eu era puta.”

Entrevistadora: E você descobriu?

Jade: “Não. É ruim de eu dar essa ousadia pra ela. Fiquei calada, mas tenho certeza que o problema não era o meu batom. *Às vezes as pessoas estão com problemas em casa e leva para o trabalho.* Acho que uma coisa é uma coisa e isso é outra coisa. Fiquei encucada, mas fiquei triste também, porque esperava uma atenção e um pouco de delicadeza... acho que as pessoas têm que trabalhar no Posto bem, porque a gente já chega lá bem carente.”

Entrevistadora: E você tomou alguma providência?

Jade: “Claro, fiz uma denúncia na Ouvidoria. Eu até acho que não funciona, mas eu fiz; tanto é que até hoje não tive resposta.”

Além das negociações entre prostituta e cliente serem estabelecidas “às cegas”, sem testemunhas, de certo modo as prostitutas no cotidiano vivenciam situações de violência através do temor e imprecisão. Esses sentimentos são realimentados a todo instante por relações de dominação/afirmação do poder masculino instalado socialmente e da rejeição também de outras mulheres pelo fato de se encontrarem no dia-a-dia na atividade e disputarem o mesmo programa. Dessa forma, o sentimento de preconceito das pessoas expressado por Jade e ressaltado em outras narrativas é confirmado, estendendo-se à exclusão, inclusive, algumas vezes, da própria família.

Entrevistadora: Como se sente enquanto mulher que se mantém da prostituição? Quais as repercussões subjetivas na sua vida? Como você se sente, sendo esta mulher em relação ao grupo que vive, e à sociedade de modo geral?

Ágata: “Sabe, *nunca tive vergonha de dizer quem eu sou e o que faço... mas nem tudo são flores!* Dependendo do lugar onde estou sei que tem olhar maldoso pra cima de mim. *Aqui onde moro me dou com todo mundo,* mas só duas pessoas sabe que eu faço programa. A colega foi divulgar e acabou que não tem nenhuma amiga. As mulheres são as primeiras a ficarem esquisitas, estranhas.”

Ametista: “Acho tudo estranho, *ao mesmo tempo penso:* se os filhos que foram criados com esse dinheiro falam, imagine o resto!”

Desse modo, as violências contra as prostitutas estão também relacionadas à marginalização e aos fatores econômicos, religiosos e políticos, tangenciadas, sobretudo, pelas relações de gênero, nos estigmas da profissão, e nas relações estabelecidas com os clientes pautadas no desrespeito das regras, a priori, estabelecidas do programa. Sobre a violência com as próprias famílias, vizinhos e amigos há uma violência simbólica de emoções, sendo questionado a todo instante e explicitado na fala de Ametista, que se apresenta surpresa com o fato dos filhos, criados com os recursos financeiros do seu trabalho, questionarem a sua fonte de renda.

Para Piscitelli (2008), os estudos sobre prostituição feminina exigem articulação das categorias de diferenciação, ou seja: o pertencimento à categoria mulher e à categoria prostituta utilizam relações de poder que criam diferentes realidades, explicitando a categoria raça como instrumento de modificação de atributos do ser mulher, em um processo de racialização da sexualidade, e, conseqüente, da violência.

No presente estudo, é possível perceber que as prostitutas compartilham pertencimento à categoria de gênero, mas há também as categorias de classe social e raça, que torna visível e expressado por algumas entrevistadas onde o preconceito e a discriminação são apresentados em forma de violência contra as prostitutas mais velhas e negras, por exemplo:

Ametista: “Muitas vezes, eu sei que não sou escolhida para o programa por causa da minha idade, e se a pessoa que estiver na “fita” for mais nova e branca, aí lenha tudo! Acaba sendo uma violência com a gente que é mais velha e preta. E as meninas não têm culpa, mas incomoda muito!”

Eulália Fabiano, em sua tese de doutorado, cita que:

A prostituta/puta, mãe, trabalhadora, mulher, merece respeito pela sua coragem de desafiar as normas morais em busca de melhores condições de vida e de libertação pessoal da opressão do corpo e da subjetividade feminina. [...] A mulher prostituta também tem o direito de ser reconhecida como um sujeito histórico, o qual, ao tecer diariamente sua batalha nas ruas, enfrenta o machismo, os preconceitos, as desigualdades, e assim contribui para evidenciar as contradições da sociedade, sejam aquelas cerceadoras das liberdades individuais e sexuais, sejam aquelas causadoras das desigualdades coletivas (FABIANO, Eulália. 2018, p. 259).

Desse modo, o respeito e o direito das prostitutas, destacados pela autora, estão comprometidos em nossa sociedade. Assim, os aspectos de vida e saúde das prostitutas, continuam a ser alimentados pelo preconceito e o estigma social que pactua com a saúde e impossibilita um olhar ampliado para essas mulheres.

Nesse sentido, são necessárias discussões acerca da qualidade de vida e saúde das prostitutas, buscando a proteção à saúde, garantindo-lhes a manutenção dos direitos e deveres como cidadãs e trabalhadoras, conforme regido pela Constituição de 1988, vigente, e pela Consolidação das Leis do Trabalho no Brasil.

A seguir, discorreremos acerca do uso abusivo de SPA como tópico incluso nesta categoria de análise, uma vez que para as entrevistadas o uso de SPA muitas vezes é apresentado como estratégia para a realização dos programas, contribuindo na diminuição do estresse.

USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

O uso de substâncias psicoativas é um problema de saúde pública que afeta todas as dimensões da vida das pessoas que as utilizam, impactando no aumento de inúmeras questões, não só para quem depende delas e/ou as utilizam, mas também para os contextos sociais nos quais essas pessoas estão inseridas.

Tarso Araújo (2012) apresenta alguns efeitos de SPA, principalmente as ilícitas, a exemplo da cocaína, como uma substância que além de inibidora do apetite fornece ao usuário a sensação de

bem-estar e autoestima elevada, mas também eleva a temperatura corpórea e a pressão sanguínea, acelerando a respiração e os batimentos cardíacos. No caso das prostitutas, as Substâncias Psicoativas imperam e moldam o cenário da prostituição, sendo possível apreender uma multiplicidade de fatores que se cruzam: vulnerabilidades, situações motivadoras, estresse, etc. Além disso, a não adoção de possíveis medidas de proteção na realização dos programas tem relação com o uso.

Quando questionadas sobre o uso abusivo de SPA no momento em que estão fazendo os programas sexuais, as sete entrevistadas dizem que a substância mais usada é o álcool. Duas delas fazem referência ao uso da maconha, mas ressaltam que nunca usam quando estão trabalhando como prostitutas (durante o programa). Três delas são tabagistas, fumam cigarros no dia-a-dia. Entretanto, uma delas coloca que fez, poucas vezes, mas ainda faz uso de cocaína, entretanto, raramente em serviço, a não ser que tenha sido uma negociação com o cliente. Ela ressaltava também que faz tratamento no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS/AD, Unidade do SUS.

Diamante: “Já usei muita droga, ficava chapada. Tinha dias que eu ficava tão doída, tão doída que até na rua eu dormia... procurei ajuda e fui para o Centro aqui da Faculdade, hoje ainda dou uns pega no bagulho, mas é de leve e com o meu companheiro, não sou mais viciada não.”

As entrevistadas dizem que o uso de SPA, principalmente o álcool, está relacionado à diminuição do estresse e como forma de relaxamento. Entretanto, muitas não se dão conta que mesmo diminuindo a tensão de imediato, há efeitos de longo prazo que podem desenvolver doenças crônicas físicas e psíquicas.

Ametista: “Tem horas que estou desanimada, estressada mesmo, aí uma cervejinha cai bem... fico mais solta, relaxada! Todas as colega bebe um pouquinho. Quase ninguém vai de cara limpa, é a coisa mais rara de se ver! Além de ficar mais tranquila, eu também gosto, quando está bem geladinha...Nossa!”

Estudos como os de Marco Figueiredo, Fabiana Franco (2004) e Davane de Vargas, Maria Aparecida Oliveira, Eulália Araújo (2009) afirmam que é crescente o uso de SPA entre as prostitutas, e ainda, em muitos casos, são utilizadas como forma de amenizar a “dor”. O uso abusivo potencializa o surgimento de patologias como hipertensão, diabetes, cardiopatias, IST, etc., necessitando de acolhimento e tratamento especializado, com abordagem multiprofissional. Entretanto, o que prevalece na assistência à saúde são serviços poucos estruturados e profissionais despreparados para o atendimento.

Rubi: “Em alguns momentos eu penso em fazer um tratamento e ficar só com a cerveja mesmo, e o cigarro: primeiro, porque eu gosto e não vou de cara limpa para a batalha, e outra, não é todo postinho que atende a gente não, pra deixar de usar droga! Como não consigo atendimento, e a maioria não atende, acabo deixando pra lá!”

Jade: “Tento largar e vou conseguir, porque eu sinto que as pessoas do posto não gosta muito de quem usa, parece que tem medo, sei lá. E nem sempre quando a gente vai procurar atendimento é para droga, pode até ser alguma coisa por causa dela, mas a gente vê que trata diferente.”

Segundo Afonso Passos e José Fernando Figueiredo (2004), o uso de drogas entre as prostitutas é comum e rotineiro. As “dependentes” tendem a se colocar na categoria de usuárias, visto que há uma alta taxa de uso associada à periodicidade do consumo das drogas, principalmente álcool, cocaína, maconha e crack. Para as entrevistadas deste estudo, somente o crack não é mais utilizado. Entretanto, três delas mencionam que já fizeram uso e/ou pelo menos experimentaram, ressaltando que os prejuízos e comprometimento da saúde observados nos(as) amigos(as), conhecidos(as) e familiares que criaram dependência, fez com que o uso não passasse de experimento. Elas ainda ressaltam que mesmo utilizando a substância como uma forma de amenizar o estresse, há dificuldades em abandonar a dependência, implicando em muitos prejuízos.

Safira: “Sempre soube que usar droga não era bom para a minha saúde, mesmo sabendo que elas sempre me ajudam a vencer as dificuldades da vida, e ajuda também na hora dos programas. Teve um tempo que até crack eu usei, mas depois fui colocando na minha mente que aquilo não me fazia bem... porque eu ficava com um pigarro, sabe? Era muito ruim, e quando eu não tinha grana para ter a pedra, era triste. Ai, com muita força de vontade e com a ajuda de Deus eu deixei, mas também deixei só o crack.”

Rubi: “Vejo que quase todo mundo que usa a pedra, fica magra, feia e parece maluca, sem contar que morre de vergonha, ai minha irmã, cresce as brigas, porque fica todo mundo violento e ninguém quer ficar por baixo!”

Safira: “O bom mesmo é quando a gente nem começa a usar, porque quando começa... aí é ‘foda’ pra largar.”

Por fim, torna-se indiscutível que o uso de substâncias psicoativas reina nos espaços da prostituição, como elemento intrínseco de proximidade, causado por vários fatores. São eles: incentivo por parte dos clientes, companheiros(as), namorados(as), amigas(os) e os próprios traficantes. Isso ultrapassa os limites da prestação de serviços sexuais, impactando de maneira significativa nas condições de violências, das IST e demais agravos, ainda que essas mulheres tenham clareza dos diversos efeitos negativos, tanto no organismo quanto na vida.

A seguir discutiremos a respeito da covid-19 e os impactos na vida das prostitutas, uma vez que a pandemia trouxe prejuízos significativos para suas vidas, inclusive financeiros.

PROSTITUIÇÃO E COVID-19

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde - OMS declarou que o surto do novo coronavírus constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional - ESPII, considerada, nos termos do Regulamento Sanitário Internacional - RSI, “um evento extraordinário

que pode constituir um risco de saúde pública para outros países devido a disseminação internacional de doenças; e potencialmente requer uma resposta internacional coordenada e imediata”. Em 11 de março de 2020, a OMS decretou a situação de pandemia global da covid-19, portanto o mundo também começa a acompanhar uma crise sanitária, política, econômica e social. Entretanto, a vulnerabilidade à covid-19 deve ser compreendida de acordo com os contextos históricos e sociais, visto que todas as pessoas são passíveis à infecção. As condições de proteção e os impactos negativos da pandemia não são equânimes, mas permeados por contextos de vida e pelo acesso a bens, serviços e direitos sociais.

Definida como uma infecção respiratória aguda causada pelo vírus SARS-CoV-2, a covid-19 pertence à família do coronavírus - vírus de fácil transmissão e que afeta o sistema respiratório, gerando sintomas como tosse, febre, cansaço, dores pelo corpo e dificuldade para respirar.

É importante ressaltar que algumas pessoas podem desenvolver a forma mais grave da covid-19, e outras são assintomáticas, ou seja: não apresentam sintomas, mesmo infectadas. Destaque também ao fato da covid-19 apresentar quadro semelhante ao da gripe comum, motivo pelo qual se torna importante a realização de exames laboratoriais para a identificação da doença.

Ao relacionarmos a prostituição e a covid-19, é necessário considerar que, desde o início da pandemia, a maioria das prostitutas não conseguiram interromper os programas presenciais para seguir medidas sanitárias e que, portanto, os efeitos adversos da pandemia impuseram riscos maiores a esse grupo invisibilizado socialmente. Nesse cenário, as prostitutas, que já viviam em situação de exclusão, viram a crise social e econômica persistirem e os níveis de vulnerabilidade se acentuar.

Sobre a pandemia da covid-19, é sabido que o aumento da infecção apresentou efeitos negativos à renda das prostitutas, pois com a pandemia houve diminuição do número de clientes. Entretanto, como muitas não possuem outra fonte de renda, tiveram que desconsiderar o isolamento social e voltar ao trabalho mesmo com o risco de se infectarem.

Ágata: “Até o ano passado eu só trabalhava como prostituta, mas depois do vírus do covid eu tive que fazer uns bicos (faxina, passar roupa, comida, etc.) até os bicos tá difícil, mas a gente vai levando. Também recebi o dinheiro do governo que ajudou muito, como suspendeu... eu posso dizer, minha irmã, que tá complicado. Doida que retorne logo, porque se já era difícil, agora está pior ainda.”

Pérola: “Rapaz... no início dessa tal pandemia foi um desespero, porque a ‘coisa’ foi minando de um jeito que a gente não sabia o que fazer. Tu já imaginou, não ter dinheiro para comprar pão? Pois é, muitas meninas passaram por isso! Mas Deus é tão bom, que foi aparecendo ajuda de todos os lados e a gente mesmo foi ajudando a quem mais precisava, principalmente quem tinha o seu certo. Porque até quem tinha clientes certos ficou um pouco difícil, porque eles estavam em casa e como escapulir com as mulheres deles em casa também? Foi barril⁹!”

⁹ Barril: Gíria baiana que pode significar algo perigoso. 1. Algo perigoso e arriscado; 2. Algo muito difícil.

Na fala de Pérola, é possível identificar a produção do cuidado coletivo aprendido e compartilhado entre as prostitutas, que pode ser desde dicas para realização dos programas até recursos financeiros para custeio de alguma necessidade e/ou eventualidade.

Rubi: “A pandemia foi o ‘ó’... porque a gente se programa e aí dá tudo errado. Tinha comprado algumas coisas para minha casa e foi um Deus nos acuda para não ficar devendo... hoje também trabalho como diarista, mas no início ninguém queria gente estranha em casa... tenho pra mim que só consegui porque foi por amizade e a pessoa já tinha intimidade comigo.”

Safira: “Teve dias que eu passei mais de quatro horas esperando no ponto e não consegui fazer nenhum programa. E foi assim quase todos os dias... fico preocupada com o corona vírus, mas não tenho muita escolha não! Para as outras pessoas como eu que vive desse trabalho, ficou barril! Muito difícil mesmo! Quando você vai para a rua você gasta, e não é pouco. Mas o pior mesmo é voltar sem nada para casa.”

Segundo Taciana Passos e Marcos Santos:

[...] as estratégias preventivas, necessariamente impostas pelo poder público para combater o avanço da pandemia, quando atingem diretamente uma categoria menos privilegiada, tal como a que atua em trabalhos sexuais, deflagram com maior intensidade preocupações quanto à sobrevivência durante situações de distanciamento social, inviabilização da oferta de serviços em virtude de recessão econômica, adoecimento, necessidade de submeter-se a isolamento compulsório ou fase de recuperação prolongada.

Assim como outros trabalhadores autônomos, alguns profissionais do sexo estão expostos a riscos e sem suporte do tecido social que lhes permita aceitar com facilidade a perspectiva de recolher-se em quarentena para se proteger da covid-19, além de proteger a comunidade em geral (PASSOS; SANTOS, 2020, p.9).

Sobre esse aspecto, as entrevistadas queixam-se da falta de atenção e cuidado dirigido às suas demandas, inclusive ao fato de não terem sido incluídas nos grupos prioritários de vacinação, situação que gerou inúmeras polêmicas.

Quando perguntado às entrevistadas sobre a situação delas no período de pandemia, tanto na realização dos programas quanto na procura/acesso aos serviços de saúde, e se houve perdas (mortes) de colegas e/ou parentes para a covid-19, elas responderam:

Ágata: “Esse vírus não é de Deus não! Como a gente pode ficar sem trabalhar? Por mais que fale em sexo pela internet, eu mesmo tenho bem pouco para usar WhatsApp, tem horas que a gente usa a internet de outra pessoa ou de alguma loja/bar que na camaradagem deixam a gente usar. No início fiquei bem mal, sem um tostão. Só melhorou quando saiu o auxílio! E, quando sentia alguma coisa tentava ficar boa com chá ou algum remédio que tenho em casa, tenho muito medo!”

As restrições da covid-19, sem dúvidas, trazem para as prostitutas o agravamento dos problemas financeiros. Quando Ágata fala que melhorou a sua situação com o auxílio emergencial do governo, significa que os prejuízos causados pela diminuição dos programas foram minimizados. Entretanto, é preciso destacar que nem todas as prostitutas foram contempladas, pois inúmeras se

cadastraram para receber o benefício de seiscentos reais (R\$ 600,00), e muitas tiveram o pedido negado sem qualquer justificativa. Algumas tiveram o auxílio concedido mais devido à pressão social do que iniciativas públicas.

Ainda que no programa do governo federal o critério para receber o auxílio fosse a renda, quando enumerou as(os) trabalhadoras(es) informais, as prostitutas ficaram de fora. Esse caso reafirma que as prostitutas sempre foram esquecidas nas respostas e atuação dos governantes, pois com o auxílio não foi diferente.

A Prefeitura Municipal de Salvador, inclusive, criou o programa “Salvador por Todos”, concedendo um benefício de duzentos e cinquenta reais (R\$250,00) por mês, para diversos trabalhadores (as) informais como: baianas de acarajé, ambulantes, baleiros, dentre outros, mas não incluiu as prostitutas, que também são trabalhadoras informais.

Diamante: “Graças a Deus eu não parei de trabalhar, mas tive covid-19 duas vezes. Fui para UPA, usei os remédios e fiquei bem. Tive muito medo, mas não podia deixar de trabalhar. Vivo do que trabalho e deixar de trabalhar é luxo.”

Ametista: “Quando fui ao Posto de Saúde, só se falava no vírus... eu tive a sensação que também lá estava todo mundo com medo, aí peguei as camisinha, dei a volta, fui embora e não fui mais lá. No Posto também o movimento tá fraco, só os da vacina é que tá cheio. E vazio é bom para a gente ser atendida.”

Rubi: “Eu não deixei de trabalhar não. Não vou mentir... tava muito difícil, precisava comer e pagar as contas; ficava assustada com medo de pegar o vírus. Não ia nem no Posto! Mas trabalhar era preciso. Quando pintava cliente, claro! Eu e outras colegas fizemos um guia do que podia e do que não podia ser feito.”

Sobre o guia de serviços citado por Rubi, esse se refere ao conjunto de medidas de proteção contra a covid-19, elaborado por algumas prostitutas que sentiram necessidade em priorizar o “cuidado”. Além dos preservativos e gel levados quando na saída para os programas, foi acrescentado máscara e o álcool gel, estabelecendo novas regras para a relação sexual: o beijo não é permitido; permanecendo de costas durante o ato, sem rosto colado, usando máscaras para evitar o contato com a respiração e possíveis gotículas respiratórias, além do aumento da quantidade de banhos após os programas.

Jade: “O dinheiro dos Programas não dá pra comprar cigarros... imagina pagar as contas? Os clientes sumiram; isso sem falar no risco de pegar o coronavírus.”

Safira: “Eu conseguia cento e cinquenta reais (R\$150,00) por cada programa... esses tempos, com a pandemia e tudo fechado, o movimento tá fraco, e quando consigo algum programa, os cara só querem pagar oitenta reais (R\$80,00) no máximo, cem reais (R\$ 100,00) com muito sacrifício! Aí vou dizer que tá fácil? Nem posso!”

É importante salientar que a maioria das entrevistadas não pratica o sexo online, por receio do pagamento ou por falta de recursos como: qualidade da internet, câmera e demais acessórios. Tais

questões apresentadas, enfrentadas há algum tempo, na verdade, foram potencializadas durante o período da pandemia, colocando as prostitutas na condição de decidir entre o risco da covid-19 e a sobrevivência.

Para Mônica, Anne e Stefannie (2020), o conceito de vulnerabilidade associado à pandemia extrapola a noção de exposição a determinadas patologias, por apontar a ideia de exposição e acometimento aos agravos e romper com o ideal de responsabilização e culpabilização da pessoa adoecida.

Assim, estando todas as pessoas passíveis à infecção da covid-19, é importante reforçar que, tanto as possibilidades de proteção, quanto as consequências sociais negativas da pandemia, não são igualitárias, mas estabelecidas pelas condições de vida e de acesso a bens, serviços e direitos sociais. Desse modo, ainda que a busca por atendimentos nos postos de saúde não seja uma constante no período pandêmico, permanece a preocupação das prostitutas com a própria saúde. Quando elas julgam que há necessidade, os serviços são procurados, mesmo considerando as resistências descritas anteriormente.



“Sempre, na ciranda da vida, ouvi que as prostitutas têm vida fácil. Será que nós acreditamos nisso mesmo? Por que nos custa entender que as mulheres prostitutas desenvolvem as suas atividades com a mesma Dignidade que nós, demais trabalhadoras, desenvolvemos as nossas?”

Por isso tenho fé que muito em breve as mulheres que trabalham na prostituição serão respeitadas de maneira Ética, Moral e Política.” — Sandra Mendonça.

PARTE VII

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Este estudo, mediante os sentidos produzidos pelas participantes, contribui de forma crítica e reflexiva sobre a saúde integral das prostitutas e o direito ao acesso aos serviços de saúde do SUS, na cidade de Salvador-Bahia. Através das narrativas das prostitutas, foi possível identificar que as dificuldades de acesso às unidades do SUS está sustentado na interseccionalidade de gênero, classe social e raça/cor. O tipo de atividade/ocupação desempenhada por essas mulheres, mais especificamente, de modo geral reproduzem ideologias machistas e patriarcais, expressadas na hierarquia entre homem e mulher.

O estudo aponta também a necessidade de elaboração e implementação de programas e ações de saúde voltadas para esse grupo populacional. Há uma perspectiva de garantir que os princípios da equidade e da integralidade, sobretudo do direito à saúde, sejam respeitados, do mesmo modo que enfatiza a necessidade de (re)qualificação das(os) profissionais de saúde para o atendimento às prostitutas. Esse atendimento deve estar despido de julgamentos, desconstruindo os estigmas e os preconceitos que permeiam a vida dessas mulheres e que perpetuam, nos serviços de saúde, a condição de vulnerabilidade.

Na nossa compreensão, as noções de discriminação institucional e por outras usuárias dos serviços, a fragilidade na integralidade das ações, os sentidos do direito à saúde, são fundamentais para a reflexão e proposição de ações que garantam o direito constitucional de cuidado integral, que se apresenta de forma fragilizada para este grupo de mulheres.

Usamos o termo “discriminação institucional” para dizer que, nos serviços da Atenção Básica, as prostitutas queixam-se da falta de preparo dos(as) profissionais para o acolhimento e isso implica em resistência dessas mulheres na busca dos serviços. Há uma necessidade em ter compromisso com o acolhimento/atendimento para que haja o estabelecimento de vínculos, potencializando a participação efetiva dessas usuárias nas ações desenvolvidas, com ampliação do acesso, e que esse seja de qualidade e adequado.

Outra questão destacada pelas entrevistadas é sobre a assistência prestada priorizar às IST e suas formas de transmissão do que a promoção da saúde de forma integral. Vale ressaltar que, sobre o atendimento inadequado nas unidades de saúde, não é uma postura unânime, outras entrevistadas referem-se ao Serviço de Atenção Especializada, que por atuar de forma acolhedora, deveria servir de exemplo para as demais unidades de saúde.

Como destaque para a discriminação por demais usuários(as) do serviço, sinalizamos que a discriminação vivenciada pelas prostitutas é também identificada como discriminação social, que se constata no distanciamento entre a prostituta e a sociedade, os olhares críticos dos(as) demais usuários(as) dos serviços, o medo do julgamento que, de certo modo, potencializa a intimidação para maior frequência nas Unidades de Saúde.

A noção de fragilidade na integralidade das ações é referida pelas entrevistadas, uma vez que as condições da atividade sexual favorecem uma série de demandas específicas de saúde que os serviços da Atenção Básica, não dão conta de atender. Por fim, e muito importante, os sentidos do direito à saúde para a maioria das participantes da pesquisa, que reconhecem seus direitos e tentam exercer, a todo instante, o que está assegurado na Constituição Federal e no SUS. No entanto, é mais uma conquista diária do que um direito garantido pelo fato de ser cidadã. As entrevistadas destacam também que mesmo existindo situações constrangedoras em algumas unidades de saúde, a necessidade de atendimento sobrepõe as dificuldades encontradas.

Na análise de narrativas das participantes do estudo, foram elencadas questões embasadas em categorias que possibilitaram algumas conclusões, dentre elas: a forma como as prostitutas constroem as narrativas sobre si e seu entorno social em relação aos cuidados com a saúde, as estratégias construídas pelas prostitutas para garantir o acesso aos serviços de saúde, e a forma como as prostitutas são recepcionadas/acolhidas nas Unidades de Saúde, considerando a situação de vulnerabilidade das entrevistadas.

Não há dúvidas que as concepções sociohistóricas que permeiam a prostituição são imbuídas pelo preconceito e discriminação. Elas comprometem os sentidos e práticas de cuidado dispensado às prostitutas nos serviços de saúde, restrito à saúde genital e/ou Infecções Sexualmente Transmissíveis. As entrevistadas expressam que precisam de ações de saúde que as tornem visíveis e não se limitem apenas à saúde sexual, mas uma abordagem integral à saúde, incluindo as dimensões de trabalho, classe, gênero e raça.

Sobre as estratégias construídas pelas prostitutas para o acesso aos serviços, estão, sempre, associadas aos vínculos estabelecidos com profissionais de determinadas Unidades e/ou a frequência delas nos serviços. As Unidades que fornecem preservativos, gel lubrificante, e trabalham com elas em educação e orientação em saúde, que as recebem sem julgamentos, e, muitas vezes, as referenciam para outros serviços foram também abordadas. Por isso, a nossa compreensão que se trata mais de uma conquista diária do que garantia de direitos.

Assim, é possível dizer que o estudo impõe um grande desafio para melhorar a saúde das prostitutas, implicando em um redimensionamento de constructos econômicos e sociais capazes de diminuir o adoecimento dessas mulheres, além de representar um ponto de partida para outras investigações para o enfrentamento desse desafio. Portanto, sendo indispensável que a sociedade entenda que a prostituição é uma atividade como outra qualquer e que as prostitutas merecem ser cuidadas e respeitadas, com aumento da disponibilidade de serviços, diminuição das barreiras individuais, sociais, estruturais e políticas para acesso aos serviços.

A fragilidade na rede de cuidados é fato, entretanto é necessário trabalhar com a prostituição na perspectiva contrária ao estigma e preconceitos, principalmente na relação saúde/doença/cuidado. Nessa direção está a importância de compreender que as mulheres prostitutas têm necessidades semelhantes a qualquer outra mulher nas mesmas condições sociais e econômicas, o que demanda uma atenção focalizada, mas não reducionista.

Não há dúvidas que as prostitutas causam uma separação do modelo burguês de mulher (associado à pureza e matrimônio), conectando-se com o livre exercício da sexualidade, rompendo vínculos do sexo com a reprodução e o casamento. Talvez seja essa a principal limitação de produções científicas que abordem a saúde das prostitutas de forma integral e que lhes assegurem o acesso aos serviços do SUS, que não exclusivamente na área das IST.

Este estudo se apresenta com um leque de possibilidades para trabalhar as práticas de cuidado a partir da singularidade dessas mulheres, tendo como fundamento o respeito à vida e as diferenças. Da mesma forma, é imprescindível superar o sexismo, o racismo e todas as formas de opressão, desnaturalizando as desigualdades e redimensionando as ações da saúde pública.

Portanto, faz-se necessário a ampliação de estudos e discussões sobre a temática, para que possamos entender que o ser prostituta não as definem como único traço identitário, e sim de estarmos tratando de mulheres, mães, trabalhadoras e na maioria das vezes, provedoras do sustento familiar. Assim, o controle social se apresenta como uma possibilidade de ação para que a saúde pública estabeleça estratégias de reduzir as dificuldades, ampliar o acesso e permitir que essas pessoas tenham seus direitos garantidos, suas necessidades atendidas, e que possam acessar os serviços de saúde com maior frequência, livre de qualquer tipo de preconceito e/ou discriminação.

REFERÊNCIAS

ABIA. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. **Análise do Contexto da Prostituição em Relação a Direitos Humanos, Trabalho, Cultura e Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2015.

_____. **Sexualidade e Desenvolvimento**: a política brasileira de resposta ao HIV/Aids entre profissionais do sexo. [relatório de pesquisa]. Rio de Janeiro, 2011.

AKOTIRENE, Carla. O que é interseccionalidade? Coord. Djamilia Ribeiro. Belo Horizonte: Letramento: Justificando, 2018.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 6ª reimpr. São Paulo-SP: Boitempo editorial, 2003.

ARAÚJO, Luís, C. G. **As mulheres no controle do mundo – elas têm influência em todas as esferas, da política à educação**. Forbes Brasil, São Paulo, set. 2004.

ARAÚJO, T. **Almanaque das drogas**. São Paulo: Editora Leya, 2012.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita *et al.* **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Tradução. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. Acesso em: 09 jan. 2023.

BEAUVOIR, Simone de. **O Segundo sexo**. Tradução de Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, p. 332, 1980.

BRAH, Avtar. **Diferença, diversidade, diferenciação**. Cadernos Pagu 26, p.329-365, 2006.

BRASIL. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil 1988**. Edição 2019.

_____. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986.

_____. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

_____. Ministério do Trabalho. **Classificação Brasileira de Ocupações**. 2000. Disponível em <http://www.mtecho.gov.br/cbsite/pages/home.jsf>. Acesso em:

_____. Resolução Nº 466/12.12.2012 - **Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais**: conquista dos pesquisadores. Conselho Nacional de Saúde. 2012.

_____. Resolução Nº 510/07.04.2016 - **Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais**: conquista dos pesquisadores. Conselho Nacional de Saúde. 2016.

BRUSCHINI, M. C. A. Trabalho e Gênero no Brasil nos últimos dez anos. Fundação Carlos Chagas. Grupo de Pesquisas Socialização de Gênero e Raça. **Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n. 132, set./dez. São Paulo, 2007.

BRUSEKE, F. J. Risco e Contingência. Os paradigmas da modernidade e sua contestação. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, 1 ed. Florianópolis: Editora Insular, 2006, 69-80 pp.

CAMPOS RTO, FERRER AL, GAMA CAP, CAMPOS GWS, TRAPÉ TL, DANTAS DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Rev. Saúde em Debate**. 2014; 38(esp.): 252-264.

- CARVALHO, Gilson. **A saúde pública no Brasil**. Estudos Av. vol.27 no.78 São Paulo. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>.
- CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Estudos Feministas** 1, p.171-189, 2002.
- COLLINS, Patrícia Hill e BILGE, Sirma. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo. 2021.
- DIOGO, M. F.; MAHEIRIE, K. **Alguns sentidos atribuídos ao trabalho doméstico por serventes de limpeza**. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpst/v11n2/a09v11n2.pdf>. Acesso em:
- DONABEDIAN A. **Los espacios de La Salud: Aspectos fundamentales de La organización de La atención médica**. México DF: Fondo de Cultura Económica; 1988.
- DREZETT J. **Violência sexual contra a mulher e impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva**. Ver. Psicol. UNESP, São Paulo. 2003; 2(1):36-50.
- ESPINOZA-IBACACHE, JA, & ÍÑIGUEZ-RUEDA, L. **Cotidiano, sexo/gênero sexual: a partir de Gabriela**. Psicoperspectivas. **Individuo y Sociedad**, Vol. 19, No. 3, 2020.
- ESPINOZA-IBACACHE, JA, & ÍÑIGUEZ-RUEDA, L. **Vidas habitáveis. Reivindicando o trabalho sexual em seus ambientes sociais em Iquique**, 2020.
- FABIANO, E. **Sexo e Poder no Cotidiano das Ruas: um estudo sobre a prostituição feminina em Ribeirão Preto/SP**. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) — Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Ciências e Letras. Araraquara, 2018.
- FERREIRA FILHO, B. R. **Zona de batalha: os sentidos da prostituição**. Profiscientia, 4, 15-36. 2009. Disponível em: www.profiscientia.ifmt.edu.br/index.php?option=com. Acesso em:
- FIRESTONE, S. **The dialectic of sex: The case for feminist revolution**. Nova Iorque: Macmillan. 2003.
- FRANCO F. G, FIGUEIREDO M. A. C. **Aids, drogas e "ser mulher". Relatos de Mulheres Soropositivas para o HIV**. Medicina Ribeirão Preto, 2004.
- GERGEN, K.J. **An invitation to social construction**. Londres: Sage.1999.
- _____. Movimento do Construcionismo Social na Psicologia Moderna. **American Psychologist**, v. 40, n.33, p. 266-275, 1985.
- _____. **Realities and relationships**. Cambridge: Harvard University Press. 1997.
- GRANGEIRO, A., CASTANHEIRA, E. R., & NEMES, M. I. B. A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. **Interface Comun. Saúde Educ.**, 2015.
- GUANAES, C. A. **A Construção da Mudança em Terapia de Grupo: um enfoque construcionista social**. São Paulo, VETOR, 2006.
- GÓES, Juliana Moraes de. O que a luta das profissionais do sexo tem nos ensinado sobre a exploração dos corpos das mulheres? In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress, 2017. Florianópolis. **Anais[...]**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2017.
- GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

GOHN, Maria da Glória. **Teoria dos movimentos sociais paradigmas clássicos e contemporâneos**. Edições Loyola São Paulo. 2016.

GONZALEZ, Lélia. **Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos**. Org. Rio, Flávia e Lima, Márcia. 1ª ed. – Rio de Janeiro: Zahar, 2020. (p. 286)

GRANDESSO, M. A. **Sobre e Reconstrução do Significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2011.

HIRATA, H. **A precarização e a divisão internacional e sexual do trabalho**. Sociologias. Porto Alegre, ano 11, n. 21, jan./jun. p. 24-41. 2009.

IBAÑEZ, Tomás. Construccinismo y psicología. **Revista Interamericana de Psicología**, v. 28, n. 1, p. 105-123, 1993.

_____. Constructing a representation or representing a construction. **Theory & Psychology**, Sage, v. 4, n. 3, p. 363-81, 1994.

ÍÑIGUEZ-Rueda, L. **La psicología social en la encrucijada postconstruccionista: historicidad, subjetividad, performatividad, acción**. In: XII Encontro Nacional da ABRAPSO, Porto Alegre, RS.2003.

JANUÁRIO, Soraya Barreto. **Masculinidades em(Re) Construção. Gênero, Corpo e Publicidade**. Editora Lab Com.IFP. Covilhã. Portugal, 2016.

JULIANO, Dolores. **El peso de ladiscriminación: debates teóricos e fundamentaciones**. In. OSBORNE, R.(ed). **Trabajador@sdel sexo: derechos, migraciones y tráfico enelsiglo XXI**. Barcelona: Bellaterra, p.43-55. 2004.

KERGOAT, Danièle. **Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo**. In: HIRATA, H. *et al* (org.). **Dicionário Crítico do Feminismo**. Editora UNESP: São Paulo, p. 67–75, 2009.

LEITE, Gabriela. **Eu, mulher da vida**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992

_____. **Filha, mãe, avó e puta: a história de uma mulher que decidiu se prostituir**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

LEITE, Gabriela; LENZ, Flávio. **A trajetória do movimento de prostitutas e sua relação com o estado brasileiro**. In: ABIA. **Análise do contexto da prostituição em relação a direitos humanos, trabalho, cultura e saúde no Brasil**. ABIA: Rio de Janeiro, pp. 41-48. 2013.

LEMOS, S. R .M. **Vulnerabilidade das profissionais do sexo e riscos das doenças sexualmente transmissíveis**. Dissertação de Mestrado, PPGSAT/FAMED, Universidade Federal da Bahia – Salvador, 2015.

LENZ F. C. **O Estado da saúde e a “doença” das prostitutas: uma análise das representações da prostituição nos discursos do SUS e do terceiro setor [monografia]**. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; Rio de Janeiro (RJ),2011.

LOBO, Bárbara Natália Lages; SAMPAIO, José Adércio Leite. **A prostituição e a dignidade da pessoa humana: crítica literária e musical à negação do direito fundamental ao trabalho**. **Espaço Jurídico: Journal of Law**, Joaçaba, v. 17, n. 3, p. 913-932, set./dez. 2016.

LOURO, Guacira Lopes. **Estudos feministas**. Florianópolis. Vol. 9, n. 2 (2001), p. 541-553.

MALTA, M, RIMOIN, A.W, STRATHDEE S.A. **The coronavirus 2019-n CoV epidemic: ishindsight 20/20? E Clinical Medicine [Internet]**. 2020.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7057189/> Acesso em: 19/03/2023.

MATTOS, P. **O conceito de Interseccionalidade e suas vantagens para os estudos de gênero no Brasil.** Trabalho apresentado no XV Congresso Brasileiro de Sociologia, Universidade Federal de São Carlos, Curitiba/PR, 2011.

MENDES A.C. G. **A delicadeza esquecida:** Avaliação da qualidade das Emergências. Recife: Editora Universitária da UFPE; 2010.

MÉLLO, R.; Silva, A.; Lima, M.& Di Paolo, A. Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras Sociedade e Cultura, em psicologia social. **Psicologia & Sociedade.** Minas Gerais, 2007.

MILLETT, K. **Sexual politics.** Illinois: University of Illinois Press. 1970.

MILKMAN, Ruth. Gender at Work. **The Dynamics of Job Segregation by Sex during World War II.** University of Illinois Press, Urbana, IL, XVI, 213 pp., illus.1987.

MONTEIRO. S, VILLELA. W, organizadores. **Estigma e Saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Ciênc. saúde coletiva vol.20 no.4 Rio de Janeiro, 2015.

MOREIRA, ICC, MONTEIRO, CFS. A violência no cotidiano da prostituição: invisibilidades e ambiguidades. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, set./out. São Paulo, 2012.

NUSSBAUM, M. **“Pela razão ou preconceito: ganhar dinheiro com o uso do corpo”.** In: THEMIS. Direitos sexuais. 1. Ed. Porto Alegre: Themis, 2002.

OLIVAR, J. M. N. **Guerras, trânsitos e apropriações:** políticas da prostituição feminina a partir das experiências de quatro mulheres militantes em Porto Alegre. 2010, 385p. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2008.

PASINI. Elisiane. Corpos na prostituição: práticas de saúde. BIS, **Bol. Inst. Saúde** (Impr.) vol.13 no. 2 São Paulo out. 2011.

PASSOS, T. S; SANTOS, M.A.A. Trabalho sexual em período de pandemia por COVID-19 no contexto ibero-americano: análise de anúncios em websites. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(11):4237-4248. Rio de Janeiro, 2020.

PASSOS ADC, FIGUEIREDO JF de C. Fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis entre prostitutas e travestis de Ribeirão Preto (SP), **Brasil. Rev Panam Salud Publica**, 2004.

PISCITELLI, A. **Apresentação:** gênero no mercado do sexo. Cadernos Pagu, (25), 7-23. Campinas/SP, 2005.

_____. **Trânsitos:** brasileiras nos mercados transnacionais do sexo. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2013.

_____. **Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras.** Redalyc, vol. 11, núm. 2, julio-diciembre, Universidade Federal de Goiás, Goiania, 2008.

PRIORE, M. D. **AoSul do Corpo:** condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia. Rio de Janeiro: José Olympio, 1993.

RAGO, Margareth. "**Prostituição e mundo boêmio em São Paulo** (1890-1940)". In: PARKER, Richard G.; BARBOSA, Maria Regina (Orgs.). *Sexualidades brasileiras*. 1. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, p. 51-60, 1996.

RASERA, E. F. Construcionismo social e trabalho comunitário: conflito, diálogo e participação. **Psicologia & Sociedade**, v. 32, 2020.

ROMAN, Arlete Regina; FRIEDLANDER, Maria Romana. **Revisão Integrativa de Pesquisa Aplicada à Enfermagem**. Cogitare Enfermagem, [S.l.], v. 3, n. 2, Paraná, 1998.

SAFFIOTI, Heleith. **Gênero patriarcado violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANCHEZ, Raquel M; CICONELLI, Rozana M. **Conceitos de acesso à saúde**. Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo (SP), 2012.

SCOTT, Joan W. **Preface a gender and politics of history**. Cadernos Pagu, nº. 3, Campinas/SP, 1994.

SERAFIM, D. *et al.* **Profissionais do sexo**: documento referencial para ações de prevenção das DST e da Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SILVA, A.P., BLANCHETTE, T.G. "**Amor um real por minuto**". Artigo apresentado no Diálogo Latino-Americano sobre Sexualidade e Geopolítica, 2008.

SILVA, Carla Marins; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. São Paulo: **Revista Escola Enfermagem USP**, 2009.

SILVA, Iara Ilgenfritz da. **Direito ou punição? Representação da sexualidade feminina no Direito Penal**. Porto Alegre, Editora Movimento, 1985.

SILVA, K. A. T.; SILVA, I. C. da; MAFRA, F. L. N. Trabalho, Gênero e Prostituição: reflexões sobre as dimensões obscuras do trabalho de mulheres prostitutas. **IV Encontro de Pessoas e Gestão de Trabalho**. Brasília/DF. 2013.

SPINK, M. J., & LIMA, H. **Rigor e visibilidade**: a explicitação dos passos de interpretação. In: M. J. Spink, B. Medrado, C. A. Passarelli, H. Lima, L. Y. Mirim, O. G. Pinheiro, *et al.*, *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano* (pp. 50-78). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013.

SPINK, M. J. FREZZA, R. M. **Práticas discursivas e produção de sentidos**: a perspectiva da psicologia social. In: Spink, M. J. (Org.). *Práticas discursivas e produção dos sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

TEIXEIRA Rodrigues, M. **Prostituição e polícia em Brasília na década de 1990**. In: COSTA, A.; BANDEIRA, L. M. (Org.). *A segurança pública no Distrito Federal: práticas institucionais e dilemas culturais*. Brasília: Editora LGE, 2007.

TOMURA, M. A prostitute's live experience of stigma. **J Phenomenol Psychol.** 51-84. 2009.

TRAVASSOS, C. MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2004.

VARGAS, D. de; OLIVEIRA, M. A. F. de; ARAÚJO, E. C. Prevalência de dependência alcoólica em serviços de atenção primária à saúde de Bebedouro, São Paulo, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, ago. 2009.

VÁZQUEZ-SIXTO, Félix. **El análisis de contenido temático. Objetivos y medios en la investigación psicosocial**. Barcelona, 1996.

VILLELA, W. V.; MONTEIRO, S. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/Aids entre mulheres. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, DF, v. 24, n. 3, p. 531-540, 2015.

XIMENES, Neto FRG, OLIVEIRA JS, ROCHA J. Violência sofrida pelas profissionais do sexo durante seu trabalho e as atitudes tomadas após serem vitimadas. **REME Rev. Min. Enferm.** Belo Horizonte, 2007.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE 1- ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

Estas são as temáticas que serão abordadas na entrevista, aqui expressas a partir de perguntas, para possibilitar que este Comitê possa avaliar quais são os conteúdos serão exploradas. Cabe ressaltar que prezaremos pelo incentivo de que as participantes possam narrar, contando com maior detalhes possível, as experiências que vivenciou antes, durante e pós-pandemia.

1. Qual a sua idade?
2. É natural de Salvador? Se não onde nasceu? Veio para Salvador com quantos anos?
3. Com qual idade ingressou na prostituição?
4. Além da prostituição você realiza outras atividades que produzem renda?
5. Estudou ou estuda em qual série?
6. Qual raça/cor você se declara?
7. Qual estado civil? Tem companheiro (a)?
8. Possui filhos? Quantos?
9. Mora com quem?
10. Aspectos da vida profissional, da vida privada, afetividade, conhecimentos e habilidades relativos à saúde: com quem vive? Possui relacionamento estável? Qual o conhecimento relacionado ao direito à saúde?
11. Você tem algum problema de saúde crônico ou que exija tratamento contínuo? Quais problemas de saúde você teve nos últimos anos?
12. Consome abusivamente algum tipo de SPA (droga – incluindo álcool e tabaco)? Já buscou atendimento em algum serviço? Foi atendida? Como avalia esse atendimento?
13. Participa de algum (uns) programa (s) de práticas educativas e/ou de prevenção de doenças? Quanto tempo? Onde?
14. Você poderia me contar alguma situação de atendimento que você buscou em algum momento de queixa ou adoecimento?
15. Como entende que a sua condição de ser mulher; prostituta; ser “raça autodeclarada”; suas condições sociais e econômicas foram consideradas nesta busca de atendimento?

16. Você poderia me narrar alguma situação de violência por algum cliente? Como você se sentiu? Você contou com alguém para te ajudar, instituição ou serviço de saúde?
17. Você poderia me contar alguma situação onde você sentiu ser tratada de maneira inadequada em alguma ida a serviços de saúde?
18. Tem algum problema de saúde? Quais?
19. Acha que quando procura os serviços encontra respostas?
20. Como você se sente como uma mulher que se mantém pela prostituição? Quais as repercussões subjetivas na sua vida? Como se sente sendo esta mulher em relação ao grupo que vive e a sociedade de modo geral?
21. Qual a relação estabelecida com o SUS?
22. Qual (is) o (os) serviço (s) mais procurado (s)?
23. Como ocorre o acesso a esses serviços de saúde?
24. Há dificuldades no acesso?
25. Se há quais as estratégias construídas para garantir o acesso?
26. Com a pandemia da covid-19 continua procurando os serviços de saúde?
27. Como está ocorrendo o atendimento? Há dificuldades no acesso? Tem tido respostas?
28. Buscou atendimento relacionado à covid ou foi outra demanda?
29. Há diferença no atendimento quando é referenciado por algum profissional e/ou serviço?
30. Como a relação entre raça, sexo e/ou classe social se articula com as estratégias ou dificuldades de efetivação do acesso aos serviços de saúde?
31. De que forma você é recepcionada/acolhida nas Unidades de Saúde?
32. Tem alguma situação que você gostaria de destacar, tanto antes quanto durante a pandemia da covid-19, na busca de serviços de saúde?

APÊNDICE 2- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA



INSTITUTO DE PSICOLOGIA – IPS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - POSPSI

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE

Você está sendo convidada a participar como voluntária da pesquisa Construção de Sentidos de Prostitutas sobre o Direito a Saúde Integral e as Estratégias Utilizadas para o Acesso aos Serviços nas Unidades do Sistema Único de Saúde – SUS, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Sandra Regina Mendonça Lemos, Rua Sérgio de Carvalho, nº 801,102 A, Federação, CEP: 40230680, (71) 991129237, sandmendonca63@gmail.com; sob a orientação de: Mônica Lima de Jesus, e-mail molije@hotmail.com.

A sua participação na pesquisa é voluntária, ou seja; você só participa se e enquanto quiser. Você terá a liberdade de desistir a qualquer momento ao longo da pesquisa, sem prejuízo algum, conforme Resolução nº 510/2016, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde.

Como procedimento de coleta de dados serão realizadas entrevistas via WhatsApp, de forma reservada garantindo o sigilo e privacidade das entrevistadas.

Para sua participação, você deverá ser prostituta, viver e/ou desenvolver suas atividades no Centro Histórico de Salvador, buscar atendimento nas unidades do SUS. A importância dessa pesquisa para as prostitutas refere-se a um melhor acesso, recepção e acolhida aos serviços de saúde pública.

Riscos: A pesquisa através das entrevistas poderá causar constrangimento e/ou inibição nas participantes da pesquisa. Para minimizar o risco de sentir-se desconfortável com a entrevista, será disponibilizado à senhora, caso necessite, escuta das respostas evidenciadas na entrevista ou a qualquer momento, caso deseje interrompê-la.

Benefícios: Ainda que este estudo não traga benefícios diretos às participantes, acreditamos que a entrevista pode favorecer a reflexão sobre o acesso das prostitutas aos serviços de saúde do SUS. Você poderá ter acesso, a qualquer tempo, às informações relacionadas à pesquisa, e se for o seu desejo, poderá solicitar revisão do texto de transcrição das suas falas, bem como esclarecer quaisquer dúvidas entrando em contato com a pesquisadora. Suas respostas serão confidenciais e somente você e a pesquisadora terão acesso a elas. Seu nome não será identificado em nenhum de nossos relatórios ou publicações que resultarão deste estudo, sendo para este fim utilizado um nome fictício, assegurando o sigilo sobre a sua participação. Esta pesquisa não oferece qualquer risco físico, pois serão realizadas apenas entrevistas cujos conteúdos permanecerão sigilosos. Você não será responsabilizada por nenhum custo relacionado à pesquisa. Os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados em pastas de arquivo e em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço acima informado, pelo período mínimo de cinco anos.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFBA. Localizado na Rua Aristides Novis (Estrada de São Lázaro), nº 197, Federação. Salvador-Bahia. CEP 40210-909.

Caso você concorde em participar da pesquisa, por favor, envie após leitura deste termo mensagem com o seu nome e o seguinte texto: Aceito participar da pesquisa para o número (71) 991129237.

Assinatura da Participante

Data ____ / ____ / ____

Assinatura da Pesquisadora

Data ____ / ____ / ____

ANEXO I - DEFINIÇÃO DE PROFISSIONAIS DO SEXO SEGUNDO O MINISTÉRIO DO TRABALHO

A Classificação Brasileira de Ocupação – CBO descreve e ordena as ocupações classificando as funções, tarefas e obrigações que tipificam a ocupação. A CBO - 2002 introduziram novos conceitos e apresentou uma definição oficial para profissionais do sexo.

CBO - Nº 5198 - 05 PROFISSIONAIS DO SEXO

I – Condições gerais de exercício trabalham por conta própria, na rua, em bares, boates, hotéis, rodovias e em garimpos, atuam em ambientes a céus abertos, fechados e em veículos, horários irregulares. No exercício de algumas das atividades podem estar expostas à inalação de gases de veículos, a poluição sonora e a discriminação social. Há ainda indicações de contágios de DST e maus – tratos, violência de rua e morte.

II – Formação e experiência, para o exercício o profissional requer-se que os trabalhadores participem de oficinas sobre o sexo seguro, oferecidas pelas associações da categoria. Outros cursos complementares de formação profissional, como, por exemplo, curso de beleza, de cuidados pessoais, de planejamento de orçamento, bem como cursos profissionalizantes para rendimentos alternativos também são oferecidos pelas associações, em diversos Estados. O acesso à profissão é livre aos maiores de dezoito anos. O pleno desenvolvimento das atividades ocorre após dois anos de experiência.

III– Áreas de atividades

- A – Batalhar programa
- B – Minimizar as vulnerabilidades
- C – Atender Clientes
- D – Acompanhar Clientes
- E – Administrar orçamentos
- F – Promover a organização da categoria
- G - Realizar ações educativas no campo da sexualidade.

IV - Competências

- 1 - Demonstrar capacidade de persuasão.
- 2 - Capacidade de expressão gestual.
- 3 - Demonstrar capacidade de realizar fantasias eróticas.
- 4 - Agir com honestidade.
- 5 – Paciência.
- 6 - Planejar o futuro.
- 7- Prestar solidariedade aos companheiros.
- 8 - Saber ouvir.

- 9 - Demonstrar capacidade lúdica.
- 10 - Respeitar o silêncio do cliente.
- 11 - Capacidade de comunicação em língua estrangeira.
- 12 - Ética profissional.
- 13 - Manter sigilo profissional.
- 14 - Não cortejar o companheiro de colegas de trabalho.
- 15 - Proporcionar prazer.
- 16 - Cuidar da higiene pessoal.
- 17 - Conquistar o cliente.

V - Recurso de Trabalho

- *Guarda roupa de batalha.
- *Preservativo masculino e feminino.
- *Cartão de visita.
- *Documento de identificação.
- *Gel lubrificante à base de água.
- *Papel higiênico e
- *Lenços umedecidos.
- *Acessórios.
- *Maquiagem.
- *Álcool.
- *Celular.
- *Agenda.

ANEXO II – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFBA - INSTITUTO DE
PSICOLOGIA (IPS) DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Construção de Sentidos de Prostitutas sobre o Direito a Saúde Integral e as Estratégias Utilizadas para o Acesso aos Serviços nas Unidades do Sistema Único de Saúde - SUS

Pesquisador: SANDRA REGINA MENDONÇA LEMOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39371420.1.0000.5686

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.454.995

Apresentação do Projeto:

O protocolo em análise, versão 02, refere-se a pesquisa de doutorado, com financiamento próprio. Tem por questão de pesquisa: "quais os sentidos construídos pelas prostitutas em relação ao direito à saúde integral e quais as estratégias utilizadas para o acesso às unidades de saúde da Atenção Básica?". Utiliza a abordagem qualitativa exploratória, com entrevista e observação participante. Os participantes da pesquisa são prostitutas que moram e/ou trabalham no Centro Histórico de Salvador e buscam acesso às unidades de saúde do SUS.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender as práticas discursivas e a produção de sentido de prostitutas sobre o direito à saúde integral e as estratégias utilizadas para o acesso às Unidades do Sistema Único de Saúde - SUS

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram apresentados explicitamente os riscos e benefícios envolvidos, destacando-se os seguintes riscos "A pesquisa através das entrevistas poderá causar constrangimento e/ou inibição nas participantes da pesquisa" e como benefícios "Ainda que este estudo não traga benefícios diretos às participantes, acreditamos que a entrevista pode favorecer a reflexão sobre o acesso das prostitutas aos serviços de saúde do SUS". As medidas apresentadas para minimizar os riscos

Endereço: Rua Aristides Novis, 197

Bairro: FEDERACAO

UF: BA

Município: SALVADOR

CEP: 40.210-730

Telefone: (71)3283-6437

E-mail: cepips@ufba.br

UFBA - INSTITUTO DE
PSICOLOGIA (IPS) DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 4.454.995

foram "Para minimizar o risco de sentir-se desconfortável com a entrevista, será disponibilizado à senhora, caso necessite, escuta das respostas evidenciadas na entrevista ou a qualquer momento, caso deseje interrompê-la." além de "Seu nome não será identificado em nenhum de nossos relatórios ou publicações que

resultarão deste estudo, sendo para este fim utilizado um nome fictício, assegurando o sigilo sobre a sua participação. Avalia-se que os riscos existentes neste tipo de pesquisa são baixos). Entende-se que os benefícios possíveis com a realização da pesquisa (em termos sociais, biológicos, científicos) superam os riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e atual, com descrição clara do método e dos resultados esperados. A V1 do projeto não apresentou o termo de autorização da instituição co-participante, mas este problema foi sanado na versão atual.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados adequadamente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1613770.pdf	19/11/2020 08:31:50		Aceito
Outros	termoinstituicaocoparticipante.pdf	19/11/2020 08:31:13	SANDRA REGINA MENDONÇA LEMOS	Aceito
Declaração de concordância	Declaracaoconcordancia.pdf	11/10/2020 21:15:50	SANDRA REGINA MENDONÇA LEMOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoInstituicao.pdf	11/10/2020 21:11:00	SANDRA REGINA MENDONÇA LEMOS	Aceito
Outros	Termo_confidencialidade.pdf	04/10/2020 18:18:48	SANDRA REGINA MENDONÇA LEMOS	Aceito
Outros	Termo_coleta_dados.pdf	04/10/2020 18:14:43	SANDRA REGINA MENDONÇA LEMOS	Aceito
Outros	Termo_compromisso.pdf	04/10/2020 18:11:31	SANDRA REGINA MENDONÇA LEMOS	Aceito

Endereço: Rua Aristides Novis, 197

Bairro: FEDERACAO

CEP: 40.210-730

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-6437

E-mail: cepips@ufba.br

UFBA - INSTITUTO DE
PSICOLOGIA (IPS) DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 4.454.995

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	31/08/2020 23:10:37	SANDRA REGINA MENDONÇA LEMOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	31/08/2020 23:09:49	SANDRA REGINA MENDONÇA LEMOS	Aceito
Folha de Rosto	PDF.pdf	31/08/2020 23:04:42	SANDRA REGINA MENDONÇA LEMOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 10 de Dezembro de 2020

Assinado por:
Mauro de Oliveira Magalhães
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Aristides Novis, 197
Bairro: FEDERACAO **CEP:** 40.210-730
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-6437 **E-mail:** cepips@ufba.br